



Science & Health Care

Научно-практический журнал

**Ғылым мен
Денсаулық Сақтау
Наука и
Здравоохранение**



4' 2013

Semey - Семей

Министерство
здравоохранения Республики
Казахстан
Журнал зарегистрирован в
Министерстве культуры,
информации и общественного
согласия РК. № 10270-Ж
ISBN 9965-514-38-0

НАУКА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Медицинский научно-практический журнал

№ 4 2013 г.

Журнал основан в 1999 г.

Журнал входит в перечень научных изданий, рекомендуемых Комитетом по контролю в сфере образования и науки МОиН РК для публикации основных результатов научной деятельности (Приказ от 05.07.2013г. №1033)

Учредитель:

Государственный
медицинский университет
города Семей

E-mail: selnura@mail.ru

Адрес редакции:

071400, г. Семей
ул. Абая Кунанбаева, 103
контактный телефон:
(7222) 56-42-09 (вн. № 1054)
факс: (7222) 56-97-55

РНН 511700014852
ИИК KZ416010261000020202
БИК HSBKKZKX
Региональный филиал «Семей»
269900

АО «Народный банк
Казахстана», г. Семей
КБЕ 16
БИН 990340008684

Технический секретарь Сапаргалиева Э.Ф.

Ответственность за
достоверность информации,
содержащейся в рекламных
материалах, несут
рекламодатели

Мнение авторов может не
совпадать с мнением редакции

Отпечатано в типографии
Государственного
медицинского университета
г.Семей

Подписано в печать:
30.08.2013г.

Главный редактор:
доктор медицинских наук, профессор
Т.К. Рахыпбеков

Зам. главного редактора:
доктор медицинских наук, профессор
Т.А. Адылханов

Редакционный совет:

Аканов А.А.	(Алматы)
Арзыкулов Ж.А.	(Алматы)
Андерссон Р.	(Швеция)
Виткрафт С.	(США)
Жумадилов Ж.Ш.	(Астана)
Лампл Иар	(Израиль)
Икеда Т.	(Япония)
Кульжанов М.К.	(Алматы)
Ланд Ч.	(США)
Миттельман М.	(Израиль)
Саймон С.	(США)
Телеуов М.К.	(Астана)
Хоши М.	(Япония)
Шарманов Т.Ш.	(Алматы)
Ямашита С.	(Япония)
Слезак Я.	(Словакия)
Летфуллин Р.	(США)
Пельтцер К.	(Южная Африка)
Такамура Н.	(Япония)
Марк А.	(Великобритания)
Гупта П.	(Индия)
Даунинг К.	(Гон-Конг)
Калиниченко А.	(Россия)
Месарош Ю.	(Венгрия)
Лесовой В.	(Украина)
Цыб А.	(Россия)
Зел А.	(Венгрия)

Редакционная коллегия:

**Жуаспаева Г.А., Иванова Р.Л.,
Раисов Т.К., Каражанова Л.К.,
Еспенбетова М.Ж., Рахметов Н.Р.,
Шаймарданов Н.К., Джаксылыкова К.К.,
Хайбуллин Т.Н., Манамбаева З.А.**

Содержание

Вопросы медицинского образования

М.Ж. Еспенбетова, Т.М. Беляева, О.А. Юрковская, К.Ш. Амренова, Ж.М. Жуманбаева 8
Подготовка врачей общей практики – основное направление повышения качества и эффективности системы охраны здоровья населения

А.А. Касымова 11
Медициналық жоғарғы оқу орындағы білім беру жүйесінің білім алушылардың денсаулық жағдайына әсері

Статьи

Л.М. Пивина, Т.И. Белихина, Г.К. Кошпесова, Р.Т. Болеуханова, А.С. Керимкулова, А.М. Маркабаева, А.Ш. Каскабаева 13

Тематический регистр болезней системы кровообращения жителей Казахстана, подвергшихся радиационному воздействию

Л.М. Пивина, Г.Б. Батенова, Р.Р. Курумбаев, А.С. Керимкулова, А.М. Маркабаева, А.Ш. Каскабаева 17

Характеристика коморбидной эндокринной и сердечно-сосудистой патологии у потомков лиц, подвергшихся радиационному воздействию

Р.Л. Иванова, М.В. Горемыкина, С.С. Кырыкбаева, Н.М. Едильканова, М.Ш. Жакупбекова, Л.К. Чакенова 20

Распространенность остеопенического синдрома среди потомков лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения в период деятельности Семипалатинского испытательного ядерного полигона

Т.М. Молдагалиев 23

Научно-методологические основы организации медико-психологического мониторинга пограничных психических расстройств среди лиц, рожденных от облученных родителей

М. Madiyeva, D. Balgobekova, A. Abylgazinova 27

The role of gene and structural mutations in the progress of radiation-induced mutagenesis

А.С. Керимкулова, А.М. Маркабаева, Г.А. Ергазина, М.К. Адиева, Л.М. Пивина 30

Изучение показателей толщины стенки левого желудочка при артериальной гипертензии в различных этнических группах

А.С. Керімқұлова, А.М. Марқабәева, Г.К. Турдунова, Г.А. Ергазина 34

Микронутриенттер мен гемоглобин көрсеткіштерін зерттеу

М.Ж. Еспенбетова, С.Б. Амангельдинова, Ж.К. Заманбекова, О.А. Юрковская, Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева, Л.З. Аликенова 36

Оценка эффективности препаратов мастодиона и гелариума в лечении

предменструального синдрома

Р.И. Алибекова, И.М. Азимбаева, Ж.И. Смагулова, З.Р. Муслимова 41

Роль препаратов растительного происхождения в терапии вторичной артериальной гипертензии при хронических болезнях почек

Я.М. Шойхет, С.Т. Олжаев, А.Ф. Лазарев 43

Прогностическая значимость показателей эндотелиальной дисфункции у онкологических больных, подвергавшихся хирургическому лечению

В.Л. Березуцкий, О.С. Мукашев, А.А. Дюржанов, Ж. Болатбекулы, Т.А. Раимханов, Д.К. Жакипбаев, А.Ш. Сарсекеева, Е.И. Хагай, Д.А. Антикеев, Р.З. Сарин, А.М. Мусина 46

Клиническая оценка ближайших результатов хирургического лечения дефектов межжелудочковой перегородки у детей

А.А. Дюржанов, О.С. Мукашев, А.М. Антикеев, М.А. Райханов, И.В. Гловацкая 49

Наш опыт хирургического лечения аневризм восходящего отдела аорты

Д.К. Жакипбаев, О.С. Мукашев, А.А. Дюржанов, Ж. Болатбекулы, Т.А. Раимханов, В.Л. Березуцкий, Е.И. Хагай, А.Ш. Сарсекеева, Р.З. Сарин, А.М. Мусина, Д.А. Антикеев, З.М. Борамбаева, Т.А. Молайханов 51

Многоэтапная гемодинамическая коррекция сложных врожденных пороков сердца у детей

в «Региональном кардиохирургическом центре г. Павлодар» Министерства здравоохранения Республики Казахстан

М.М. Гладинец, Н.Р. Найманбаев, Г.Ж. Ермуратова, А.Е. Мукашева, А.Н. Тусупбаева, К.А. Гирда 53

Лечение полипов желудка

С.Б. Имангаинов, Н.К. Ардабаев, Д.Н. Ардабаев, Р.С. Казангапов	55
Случай обширного повреждения тонкой кишки во время плодоразрушающей операции	
С.Б. Имангаинов, Е.К. Каирханов, Р.С. Казангапов, Д.Н. Ардабаев	56
Ущемление тонкой кишки после лапароскопических вмешательств	
М.М. Гладинец, Н.М. Абишев, Д.Е. Шерьязданова, Т.Б. Бирназарова	58
Лечение аппендикулярного инфильтрата	
А.А. Дюсембаев, Ж.А. Асетов, М.Т. Аубакиров	60
Острое нарушение мозгового кровообращения у детей грудного возраста	
М.О. Кушеров	62
Проблемы диагностики давности смерти по тепловому методу в судебно-медицинской экспертизе	
А.Ж. Алишев, Р.М. Хасанов, Т.Х. Куралбаев, М.М. Байсадыков	64
Судебно-медицинская классификация отравлений и ядов	
Т.К. Сарсенов	66
Судебно-медицинская оценка черепно-мозговой травмы в судебной медицине	
А.Ж. Алишев	68
Некоторые вопросы патогенеза субдуральной гематомы в судебно-медицинской практике	
А.А. Алмагамбетова, Ш.Б. Толеубаева, С.К. Сатаева, Е.А. Павлюкова	71
Клинические особенности и терапия генерализованного тревожного расстройства	
Д.Е. Узбеков, Г.С. Шалғымбаева, А.К. Мусайнова, С.Е. Узбекова	75
Гамма-сәуленің әсеріне ұшыраған егеуқұйрықтардың 1-ші ұрпағының иммундық қабілетті ағзаларындағы энергия алмасу үрдісінің жасына қарай өзгерісі	
Б.Х. Абишев, Л.К. Жунусова, Л.Е. Чуленбаева	77
Исследование антимикробной активности экстракта растения рода <i>Eminium Regellii</i> (Araceae)	
К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, А.Ж. Токпаева, А.Д. Аргынбекова, А. Тусупжанова	79
Эффективность стационарного лечения больных туберкулезом легких по 2 категории	
З.К. Кабдынасырова	80
Анализ заболеваемости сальмонеллёзом по данным Экибастузской городской больницы Павлодарской области	
Р.К. Даиржанова	83
Лечение заболеваний глотки и гортани у детей	
Р.К. Даиржанова	85
Лечение риносинуситов у детей	
Ш.М. Юсупова	86
Лечение артериальной гипертензии препаратом лозартан	
Б.К. Кабиева	88
Актовегин при лечении пациентов с ишемическим инсультом	
<i>Вопросы организации здравоохранения</i>	
Н.К. Аканов, Л.К. Жазыкбаева	90
Социально-экономическое развитие как предпосылка формирования здоровья населения региона	
Н.К. Аканов, Л.К. Жазыкбаева	92
Медицинское обслуживание лиц пожилого и старческого возраста в условиях амбулаторно-поликлинических организаций	
М.А. Джаксыбеков, А.Д. Майжанова, Н.С. Косарева	93
Психиатрические аспекты высшей меры наказания	
<i>Случаи из практики</i>	
Н.Н. Медведева, Г.К. Нуртазина, В.С. Торопеева, Б.О. Жармагамбетова, С.К. Кенжебаева	95
Клинико–инструментальные аспекты диагностики болезни Гиршпрунга у детей. Случай из практики	
М.М. Байсадыков	97
Судебно-медицинская оценка исхода черепно-мозговой травмы у больного гемофилией	
Б.К. Кабиева	99
Полирадикулоневропатия. Случай из практики	
К.К. Уашпаев	101
Двухмоментный разрыв селезенки. Случай из практики	
К.К. Уашпаев	102
Острый первичный оментит. Случай из практики	
К.К. Уашпаев	103
Ущемленная ложная диафрагмальная грыжа. Случай из практики	

Content

Questions Medical Education

M.Zh. Espenbetova, T.M. Belyayeva, O.A. Yurkovskaya, K.S. Amrenova, Z.M. Zhumanbayeva 8

Preparation of general practitioners - the main way of improvement the quality and efficiency of the health care system

A.A. Kasymova 11

Influence of educational process to health of medical institute students

Articles

L.M. Pivina, T.I. Belikhina, G.K. Koshpesova, R.T. Boleukhanova, A.S. Kerimkulova, A.M. Markabayeva A.Sh. Kaskabayeva 13

Thematic cardiovascular register of the Kazakhstan population exposed to radiation

L.M. Pivina, G.B. Batenova, R.R. Kurumbayev, A.S. Kerimkulova, A.M. Markabayeva, A.Sh. Kaskabayeva 17

Characteristics of comorbid cardiovascular and endocrine pathology in the offspring of the people exposed to radiation

R.L. Ivanova, M.V. Goremykina, S.S. Kyrykbaeva, N.M. Yedilkanova, M.Sh. Zhakupbekova, L.K. Chakenova 20

The prevalence of the osteopenic syndrome among the descendants of persons exposed to ionizing radiation during the activities of the Semipalatinsk nuclear range

T.M. Moldagaliyev 23

Scientific and methodological bases of the medical and psychological monitoring organization at boundary mental frustration among the people born from irradiated parents

М. Мадиева, Д. Балгобекова, А. Абылгазинова 27

Роль генных и структурных мутаций в развитии радиационно-индуцированного мутагенеза

A.S. Kerimkulova, A.M. Markabayeva, G.A. Ergazina, M.K. Adyeva, L.M. Pivina 30

Study of indicators wall thickness of the left ventricular arterial hypertension different ethnic groups

A.S. Kerimkulova, A.M. Markabayeva, G.K. Turdunova, G.A. Ergazina 34

The study of hemoglobin and micronutrient

M.ZH. Espenbetova, S.B. Amangeldinova, Zh.K. Zamanbekova, O.A. Yurkovskaya, Zh.M. Zhumanbayeva, A.M. Dosbayeva, L.Z. Alikenova 36

Evaluation of effectiveness mastodynon and helarium drugs in treatment of premenstrual syndrome

R.I. Alibekova, I.M. Azimbaeva, J.I. Smagulova, Z.R. Muslimova 41

Role of herbal drugs in therapy of secondary arterial hypertension in cases of chronic renal disease

Ya.M. Shoikhet, S.T. Olzshaev, A.F. Lazarev 43

Prognostic signify of endothelial dysfunction in cancer patients after surgery

V.L. Berezutski, O.S. Mukhashev, A.A. Dyurzhanov, J. Bolatbekuly, T.A. Raimhanov, D.C. Zhakipbaev, A.S. Sarsekeyeva, E.I. Hagai, D.A. Antikeev, R.Z. Sarin, A. Mussina 46

Clinical evaluation of the immediate results of surgical treatment of ventricular septal defect in children

A.A. Dyurzhanov, O.S. Mukhashev, A.M. Antikeev, M.A. Rayhan, I.V. Glovatskaya 49

Our experience with surgical treatment of aneurysms of the ascending aorta

D.K. Zhakipbaev, O.S. Mukhashev, A.A. Dyurzhanov, J. Bolatbekuly, T.A. Raimhanov, V.L. Berezutski, E.I. Hagai, A.Sh. Sarsekeyeva, R.Z. Sarin, A. Mussina, D.A. Antikeev, Z.M. Borambaeva, T.A. Molayhanov 51

Multi-stage hemodynamic correction of complex CHD in children in the "Regional cardiosurgical center Pavlodar city" Ministry of health of the Republic of Kazakhstan

M.M. Gladinetc, N.R. Naimanbayev, G.Zh. Yermuratova, A.E. Mukasheva, A.N. Tusupbayeva, K.A. Girda 53

Treatment of polyps of the stomach

S.B. Imangazinov, N.K. Ardabaev, D.N. Ardabaev, R.S. Kazangapov	55
The case of extensive injury of a small intestine during the embryotomy	
S.B. Imangazinov, E.K. Kairhanov, R.S. Kazangapov, D.N. Ardabaev	56
Entrapment of the small intestine after laparoscopic surgery	
M.M. Gladinets, N.M. Abishev, D.Ye. Sheryazdanova, T.B. Birnazarova	58
On the treatment of appendicular infiltration	
A.A. Dussembaev, J.A. Assetov, M.T. Aubakirov	60
Acute disorder of brain circulation by young children	
M.O. Kuserov	62
The problems of diagnosis prescription of death on the thermal method	
A.Zh. Alishev, R.M. Khasanov, T.H. Kuralbaev, M.M. Baysadykov	64
A forensic classification of poisons and poisoning	
T.K. Sarsenov	66
The forensic evaluation of traumatic brain injury	
A.Zh. Alishev	68
Some questions of pathogenesis of the subdural hematoma in forensic medicine practice	
A.A. Almagambetova, Sh.B. Toleubayeva, S.K. Satayeva, E.A. Pavlyukova	71
Clinical features and treatment of generalized anxiety disorder	
D.E. Uzbekov, G.S. Shalgimbaeva, A.K. Musainova, S.E. Uzbekova	75
Age-related changes of power exchange in immunocompetency organs at 1-st generation of descendants of rats exposed to gamma-radiation	
B. Abishev, L. Zhunussova, L. Chulenbayeva	77
The microbicidal activity research of the <i>emimum regelii</i> (araceae) plant extract	
K.S. Igembaeva, R.S. Igembaeva, A.Zh. Tokpayeva, A.D. Argynbekova, A. Tusupshanova	79
Efficiency of hospital treatment patients with pulmonary tuberculosis by the second category	
Z.K. Kabdynasyrova	80
Analysis of the incidence of salmonellosis according Ekibastuz city hospital Pavlodar region	
R. Dairzhanova	83
Treatment of acute diseases of the pharynx and larynx in children	
R. Dairzhanova	85
Treatment of acute diseases rhinosinusitis in children	
Sh. Yusupova	86
Losartan treatment of arterial hypertension	
B.K. Kabieva	88
Aktovegin in patients with ischemic stroke	
Health organization the Republic of Kazakhstan	
N.K. Akanov, L.K. Zhazykbaeva	90
Socio-economic prerequisites for the formation of public health in the region	
N.K. Akanov, L.K. Zhazykbaeva	92
Medical care of persons of advanced and senile age in the conditions of the out-patient and polyclinic organizations	
M.A. Dzhaksybekov, A.D. Maizhanova, N.S. Kosareva	93
Psychiatric aspects of the maximum measure of punishment	
Case histories	
N.N. Medvedeva, G.K. Nurtazina, V.S. Toropeeva, B.O. Zharmagambetova, S.K. Kenjebayeva	95
Clinical – radiological aspects of diagnosis of Hirschsprung's disease in children. (Case report)	
M.M. Baysadykov	97
Forensic assessment of an outcome of a craniocerebral trauma at sick of a hemophilia	
B.K. Kabieva	99
Polyradiculoneuropathy. (Case report)	
K.K. Uashpaev	101
Two-staged ruptured spleen. Case report	
K.K. Uashpaev	102
Acute initial omentitis. Case report	
K.K. Uashpaev	103
Strangulated false diaphragmatic hernia. Case report	

Мазмұны

Медициналық білім берудің сұрақтары

М.Ж. Еспенбетова, Т.М. Беляева, О.А. Юрковская, К.Ш. Амренова, Ж.М. Жуманбаева 8
Жалпы тәжірибелік дәрігерлерді дайындау - тұрғындар денсаулығын сақтау жүйесіндегі әсерімен сапаны жоғарлатудағы негізгі бағыт

А.А. Касымова 11
Влияние системы образования на здоровье студентов, обучающихся в медицинском вузе

Мақалалар

Л.М. Пивина, Т.И. Белихина, Г.К. Кошпесова, Р.Т. Болеуханова, А.С. Керимкулова, А.М. Маркабаева, А.Ш. Каскабаева 13

Радиациялық әсерге ұшыраған қазақстан тұрғындары арасындағы қанайналым жүйесі ауруларының күнтізбелік тіркемесі

Л.М. Пивина, Г.Б. Батенова, Р.Р. Курумбаев, А.С. Керимкулова, А.М. Маркабаева, А.Ш. Каскабаева 17

Радиациялық әсерге ұшыраған адамдардың ұрпақтарындағы коморбидті эндокринді және жүрек – қантамырлық патологиялардың сипаттамасы

Р.Л. Иванова, М.В. Горемыкина, С.С. Кырыкбаева, Н.М. Едильканова, М.Ш. Жакупбекова, Л.К. Чакенова 20

Семей полигонының жұмыс істеп тұрған кезеңіндегі ионды сәулелердің әсеріне шалдыққан әулет арасындағы остепеникалық синдромының таралуы

Т.М. Молдағалиев 23

Сәуле алған ата-аналардан туған тұлғалар арасындағы аралық психиканың бұзылуының медициналық – психологиялық мониторингі ұйымдастырудың ғылыми -әдістемелік негізі

М. Мадиева, Д. Балгобекова, А. Абылгазинова 27

Радиациялық – индуцирленген мутагенездің дамуындағы гендік және құрылымдық мутациялардың ролі

А.С. Керімқұлова, А.М. Марқабаетова, Г.А. Ергазина, М.К. Адиева, Л.М. Пивина 30

Артериалдық гипертензия кезінде сол қарынша қабырғасының қалыңдығын әртүрлі нәсілдер арасында зерттеу

А.С. Керимкулова, А.М. Маркабаева, Г.К. Турдунова, Г.А. Ергазина 34

Изучение показателей гемоглобина и микронутриентов

М.Ж. Еспенбетова, С.Б. Амангельдинова, Ж.К. Заманбекова, О.А. Юрковская, Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева, Л.З. Аликенова 36

Етеккір алды синдромының емінде мастодинон және гелариумның препаратының әсер етуін бағалау

Р.И. Әлібекова, И.М. Әзімбаева, Ж.И. Смағұлова, З.Р. Мүслімова 41

Созылмалы бүйрек аурулары кезіндегі екіншілік артериалды гипертония терапиясындағы өсімдік текті препараттардың ролі

Я.М. Шойхет, С.Т. Олжаев, А.Ф. Лазарев 43

Қатерлі ісікпен ауырған ота жасалған науқастарға эндотелии дисфункциясының көрсеткіштерінің маңызы

В.Л. Березуцкий, О.С. Мукашев, А.А. Дюржанов, Ж. Болатбекулы, Т.А. Раимханов, Д.К. Жакипбаев, А.Ш. Сарсекеева, Е.И. Хагай, Д.А. Антикеев, Р.З. Сарин, А.М. Мусина 46

Балаларда қарыншалар қабырғасының ақауларының отадан кейін алғашқы нәтижелерінің клиникалық бағалауы

А.А. Дюржанов, О.С. Мукашев, А.М. Антикеев, М.А. Райханов, И.В. Гловацкая 49

Қолқаның жоғарғы бөлігінің аневризмасын біздің хирургиялық емдеу тәжірибеміз

Д.К. Жакипбаев, О.С. Мукашев, А.А. Дюржанов, Ж. Болатбекулы, Т.А. Раимханов, В.Л. Березуцкий, Е.И. Хагай, А.Ш. Сарсекеева, Р.З. Сарин, А.М. Мусина, Д.А. Антикеев, З.М. Борамбаева, Т.А. Молайханов 51

Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігі «Павлодар қаласындағы өңірлік кардиохирургиялық орталық» балалардың күрделі ЖТБА көп кезеңді гемодинамикалық түзетуі

М.М. Гладинец, Н.Р. Найманбаев, Г.Ж. Ермуратова, А.Е. Мукашева, А.Н. Тусупбаева, К.А. Гирда 53

Асқазан полиптерін емдеу

С.Б. Иманғазин, Н.К. Ардабаев, Д.Н. Ардабаев, Р.С. Қазанғапов 55

Бөлшектейтін ота жасау кезінде жіңішке ішектің ауқымды жарақаттану жағдайы

С.Б. Иманғазин, Е.К. Қайырханов, Р.С. Қазанғапов, Д.Н. Ардабаев 56

Лапароскопиялық отадан кейінгі жіңішке ішектің қысып-буынуы

М.М. Гладинец, Н.М. Абишев, Д.Е. Шерьязданова, Т.Б. Бирназарова Аппендикулярлы инфилтраттың емі	58
А.А. Дюсембаев, Ж.А. Асетов, М.Т. Аубакиров 1 жасқа дейінгі балалардағы ми қан айналымының жедел бұзылысы	60
М.О. Кушеров Сот медициналық сараптамада жылылық әдісі бойынша өлім мерзімін анықтыудың мәселелері	62
А.Ж. Алишев, Р.М. Хасанов, Т.Х. Куралбаев, М.М. Байсадықов Улану және улардың сот-медициналық жіктеуі	64
Т.К. Сарсенов Сот медицинада ми сүйегінің және мидың зақымдауның сот медициналық бағалауы	66
А.Ж. Алишев Сот медициналық тәжірибесінде субдуралды гематоманың патогенезінің кейбір мәселелері	68
А.А. Алмағамбетова, Ш.Б. Толеубаева, С.К. Сатаева, Е.А. Павлюкова Генерализденген үрейлі бұзылыстардың клиникалық ерекшеліктері мен терапиясы	71
Д.Е. Узбеков, Г.С. Шалғымбаева, А.К. Мусайнова, С.Е. Узбекова Возрастные изменения энергетического обмена в иммунокомпетентных органах у 1-го поколения потомков крыс, подвергнутых гамма-излучению	75
Б.Х. Әбішев, Л.Қ. Жунусова, Л.Е. Чуленбаева Етімізге ғегелі өсімдігінің антимиқробты белсенділігінің зерттелуі	77
К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, А.Ж. Токпаева, А.Д. Аргынбекова, А. Тусупжанова 2-ші категория тәсілімен стационарда ем алған өкпе туберкулезімен ауыратын адамдардың емінің нәтижесі	79
З.К. Кабдынасырова Павлодар облысы Екібастұз қалалық ауруханасының сальмонеллез ауруы бойынша анализі	80
Р.К. Даиржанова Балаларда кездесетін тамақ және жұтқыншақ ауруларын емдеу	83
Р.К. Даиржанова Балаларда кездесетін риносинуситті емдеу	85
Ш.М. Юсупова Артериялық гипертензияның емдеуі лозартан препаратпен	86
Б.К. Кабиева Ишемия инсультін (қанның азаюынан болған мидың қан айналымының бұзылуы) актовегин дәрісімен емдеу тәжірибесі	88
<i>Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау мекемесі</i> Н.К. Аканов, Л.К. Жазықбаева	90
Аймақ тұрғындарының денсаулығын қалыптастырудағы әлеуметтік-экономикалық алғышарттар	
Н.К. Аканов, Л.К. Жазықбаева Амбулаторлық- емханалық ұйым жағдайында ерте және қарттық жастары адамдарға медициналық қызмет көрсету	92
М.А. Джаксыбеков, А.Д. Майжанова, Н.С. Косарева Психиатриялық аспектіні жоғары жазалау шарасы	93
<i>Тәжірибеден жағдай</i> Н.Н. Медведева, Г.Г. Нұртазина, В.С. Торопеева, Б.О. Жармағамбетова, С.К. Кенжебаева	95
Балалардың гиршпруг ауруының клиника-инструменталдық аспектілері. (Тәжірибеден жағдай)	
М.М. Байсадықов Гемофилия ауруы бар науқаста ми және ми сүйегінің жарақатының аяқталуының сот медициналық сараптамасы	97
Б.К. Кабиева Полирадикулоневропатия. (Тәжірибедегі жағдай)	99
К.К. Уашпаев Көк бауырдың екісатылы жарылуы. Тәжірибедегі жағдай	101
К.К. Уашпаев Үлкен шарбының алғашқы қабынуы. Тәжірибедегі жағдай	102
К.К. Уашпаев Қысылған көкет жарығы. Тәжірибедегі жағдай	103

УДК 614.2+378

*М.Ж. Еспенбетова, Т.М. Беляева, О.А. Юрковская, К.Ш. Амренова, Ж.М. Жуманбаева**Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра интернатуры по общей врачебной практике***ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ – ОСНОВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА И ЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ****Аннотация**

Кафедра интернатуры по общей врачебной практике ГМУ г. Семей, стоявшая у истоков создания института семейной медицины в Восточном регионе Казахстана, добилась существенных успехов в подготовке и переподготовке кадров для практического здравоохранения. Дипломы врачей общей практики получили 527 выпускников, подготовлено 67 клинических ординаторов и резидентов, более 300 специалистов из других областей медицины. Достижения кафедры во многом определяются высокой квалификацией профессорско-преподавательского состава, а также своевременным внедрением в образовательный процесс инновационных методов обучения. Накопленный нами опыт позволяет сделать вывод, что в современных условиях для обеспечения компетентностного подхода в подготовке врачей общей практики необходим постоянный пересмотр образовательных программ, предусматривающих оперативное реагирование на возникающие потребности практического здравоохранения.

Ключевые слова: организация здравоохранения, врач общей практики, Восточный регион.

Здоровье, как состояние полного физического, духовного и социального благополучия... является одним из основных прав человека. ...Первичная помощь составляет неотъемлемую часть как национальной системы здравоохранения, осуществляя ее главную функцию и являясь ее центральным звеном, так и всего процесса социально-экономического развития общества.

Алма-Атинская Декларация по ПМСП, 1978 г.

Здоровье каждого человека является фактором, определяющим не только полноценность его существования, но и потенциал его возможностей. Уровень состояния здоровья народа, в свою очередь, определяет меру социально-экономического, культурного и индустриального развития государства в целом. В Послании народу Казахстана глава государства подчеркнул, что «здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье – вот что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения и повседневной жизни населения». Таким образом, персональная ответственность граждан за собственное здоровье и здоровье своей семьи должна быть неотъемлемым атрибутом государственной Программы по охране здоровья населения страны. В то же время общепризнано: чем более демократично и социально ответственно правительство для своего народа, тем более высок потенциал для реального вовлечения общества в дело охраны здоровья.

Возвращаясь к истории, следует отметить, что в Республике Казахстан Концепция первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) была предложена более тридцати лет назад. Декларация по ПМСП, принятая 136 государствами мира в сентябре 1978 года на конференции ВОЗ/ЮНИСЕФ в Алма-Ате, утвердила ряд принципов, целью которых являлось улучшение состояния здоровья наиболее нуждающихся групп населения. Она предоставляла возможность обеспечения большей справедливости в отношении доступа к медико-санитарной помощи и повышения эффективности использования имеющихся ресурсов. В этом документе впервые здоровье было признано

фундаментальным правом человека, обеспечение которого должно осуществляться под контролем как государственных служб социального обеспечения, так и гражданского открытого общества. Первичная медико-санитарная помощь предполагала широкий взгляд на вопросы охраны здоровья, выходящий далеко за рамки узкой медицинской модели, предусматривая участие всего общества и стремясь к соблюдению принципа справедливости в обеспечении доступа к службам здравоохранения, а также ряда других принципов.

Смена социально-экономических параметров общества предопределяет социальные причины как необходимости ускорения реформ здравоохранения в целом, так и изменения характера оказания первичной медико-санитарной помощи. В условиях продолжающейся реформы здравоохранения происходит внедрение системы лечебно-профилактической помощи населению, основанной на семейном принципе, где базовым звеном является семейный врач. Семейный врач - это специалист широкого профиля, врач-универсал, способный решить целый комплекс проблем, связанных со здоровьем пациентов. Причем объектом его профессиональной деятельности является семья в целом.

Международный опыт показал приоритетную роль семейной медицины в здравоохранении, как с экономических позиций, так и в плане оптимальной организации и результативности работы первичной медико-санитарной помощи и системы здравоохранения в целом. Таким образом, первичная медико-санитарная помощь рассматривается в качестве основного звена при оказании населению медицинской помощи и особая роль в этом отводится развитию семейной медицины. Именно создание службы семейного врача направлено на раннее выявление заболеваемости, формирование у населения здорового образа жизни, на сохранение трудового потенциала страны, снижение преждевременной смертности.

В свою очередь реформирование здравоохранения, законодательная нормативная база сделали необходимым введение в рабочие учебные планы всех медицинских ВУЗов Казахстана новой дисци-

плины – семейной медицины и способствовали открытию при них тренинговых семейно-врачебных амбулаторий. В связи с этим в г. Семипалатинске в 1998 г. были организованы кафедра семейной медицины и тренинговая семейно-врачебная амбулатория №12. В рамках Проекта по развитию первичной медико-санитарной помощи в Казахстане, финансируемого Департаментом по международному развитию (DFID) под руководством Британского Совета, 5 сотрудников кафедры прошли обучение со стажировкой в клиниках Великобритании и получили сертификаты мастера-тренера международного уровня. На протяжении 15 лет кафедра занимается подготовкой специалистов - врачей общей практики. За данный промежуток времени обучено и выпущено 527 врачей-интернов ВОП, 67 клинических ординаторов и резидентов. Результаты обратной связи от выпускников и работодателей подтверждают востребованность врачей общей практики – выпускников кафедры, которые в 100% случаев успешно трудоустраиваются в лечебно-профилактических учреждениях Республики.

Программа постдипломного образования по общей врачебной практике включает обучение по основным разделам семейной медицины: терапии, педиатрии, акушерству и гинекологии, хирургии, скорой и неотложной помощи, дерматовенерологии в амбулаторных условиях, а также коммуникативным навыкам и принципам доказательной медицины в работе ВОП. Наряду с традиционными методами, на кафедре активно используются интерактивные методы обучения, такие как CBL, TBL, интегрированные занятия, конференции, симпозиумы, мини-клинический экзамен с привлечением возможностей Симуляционного класса, Ресурсного Центра, Центра доказательной медицины, Учебно-клинического центра, которые позволяют мобилизовать студентов на самостоятельное и быстрое решение поставленной задачи, побуждают к поиску необходимой информации, включая базы данных PubMedCochranelaboratory.

Одной из наиболее значимых инноваций, внедренных на кафедре, является объективный структурированный клинический экзамен - ОСКЭ, который успешно используется с 2000г. Проведение экзамена в виде ОСКЭ позволяет стандартизировать знания в виде конкретных схем и плана действия в клинических ситуациях, способствует доведению техники выполнения врачебных манипуляций до автоматизма в максимально приближенных к реальности условиях. В этом направлении еще предстоит огромная работа по унификации шагов не только на уровне университетов, но и на уровне Республики.

Другим инновационным приоритетом кафедры является видеоконсультирование, внедренное в 2001 г. В конце учебного года осуществляется видеозапись консультации каждым врачом-интерном членом курируемой им в течение года семьи. В дальнейшем видеоматериал подвергается анализу и оценке не только группой преподавателей, но и сам врач-интерн может оценить себя со стороны.

Важнейшим аспектом деятельности кафедры является работа по переподготовке и специализации по общей врачебной практике большей части врачей, работающих в рамках ПМСП по Восточно-Казахстанской области, а также других регионов Республики. За время существования кафедры переподготовку и специализацию по общей врачебной практике прошли более 700 врачей, но, несмотря на это,

с каждым годом возрастает потребность государства в специалистах первичного звена медико-санитарной помощи.

Изменения, происходящие в системе современного здравоохранения, указывают на то, что необходимо оперативно реагировать на заказ практического здравоохранения, использовать гибкие технологии обучения (формы, методы), удобные и приемлемые для специалистов различных возрастных групп, уделять должное внимание преемственности обучения в учебном заведении и учреждениях здравоохранения, вести работу по повышению уровня профессиональной компетентности педагогических кадров, участвующих в последипломной подготовке специалистов в области семейной медицины.

Специфика профессиональной деятельности семейного врача определяется несколькими параметрами: интегрированностью оказываемой медицинской помощи (профессиональная деятельность семейного врача аккумулирует в себе несколько видов помощи: диагностическую, лечебную, реабилитационную, профилактическую, санитарно-просветительскую, медико-социальную, консультативную и организационную), ориентацией на семью как единицу здоровья (семейный врач решает все вопросы медицинского воздействия на семью), приоритетностью профилактического направления в профессиональной деятельности, оказанием медицинской помощи разновозрастному контингенту больных на постоянной основе, многоаспектным характером взаимоотношений по линии «врач-пациент», общественной значимостью данной профессии, высокой эффективностью деятельности семейного врача в социальном, экономическом, организационном плане и т.д. Эта специфика обуславливает особую значимость семейного врача, делая его одной из главных фигур на уровне оказания первичной медицинской помощи, что следует учитывать при обучении и переподготовке врачей общей практики.

В учебные программы включены вопросы интегрированного ведения болезней детского возраста (ИБВДВ), проводятся тренинги по «Развитию детей раннего возраста», «Межличностному общению», «Репродуктивному здоровью». Созданы социально значимые школы, такие как «Школа будущей матери», «Иммунопрофилактики», «Маммолога», «Артериальной гипертензии», «Тирошкола» и т.д. Вышеперечисленные школы функционируют не только для студентов, но и для врачей во время прохождения циклов переподготовки и специализации, а также населения города.

В настоящее время при кафедре открыт и функционирует Центр ИВБДВ, где сотрудники кафедры проводят обучение не только студентов и врачей, но и городского населения. В школе «Иммунопрофилактики» ежегодно совершенствуют свои знания более 300 врачей и медицинских сестер общегородской лечебной сети.

Мы предполагаем, что реализация уже существующих программ постдипломной подготовки врачей общей практики приведет к формированию нового типа медицинского работника, обладающего как большей социальной активностью, так и большей социальной мобильностью, повышенным чувством ответственности за здоровье и качество жизни своих пациентов, открытого к сотрудничеству как с коллегами, так и с пациентами. Нам представляется, что

это, в свою очередь, позволит решить ряд социальных проблем, выходящих за пределы здравоохранения: укрепить разрушающийся институт семьи, ослабить социальную напряженность, снизить уровень социального неравенства.

В рамках современного реформирования в системе здравоохранения РК необходим постоянный пересмотр образовательных программ для обеспечения компетентного подхода в подготовке выпускников по востребованной специальности. Кроме того, следует акцентировать внимание на то, что в целях оптимизации комплексной системы профессиональной подготовки и переподготовки кадров для семейной практики с учетом накопленного практического опыта обучение сотрудников ВУЗов по актуальным проблемам ПМСП должно предшествовать или проходить параллельно с подготовкой специалистов первичного звена здравоохранения.

Кроме того, в связи со значительным расширением объема деятельности врача общей практики по смежным специальностям в настоящее время, необходимо углубленное обучение их практическим навыкам, выполняемым сейчас узкими специалистами. Семейная медицина не должна стать альтернативой другим формам оказания медицинской помощи, но она является важнейшей конкурентоспособной сферой целостной системы здравоохранения. С этой целью необходимо формирование положительного общественного мнения о семейной практике с использованием средств массовой информации, поэтому целесообразно проводить разъяснительную

работу среди населения с целью формирования чувства доверия к службе семейной практики. В то же время выбор формы получения медицинской помощи является основным правом каждого пациента.

Литература:

1. Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламаты Казахстан» на 2011-2015 годы // [http : // www/minplan.kz/2020](http://www.minplan.kz/2020).
2. Еспенбетова М.Ж., Жуманбаева Ж.М. Развитие семейной медицины в контексте Государственной программы «Саламатты Қазақстан». - Наука и здравоохранение. – Семей, 2011. - №1. – С. 16-17.
3. Еспенбетова М.Ж., Нуртазина А.У. Роль кафедры семейной медицины в подготовке семейных врачей и эффективность обучения с использованием инновационных технологий образования. – Российский семейный врач. – Санкт-Петербург, 2008. – Т12.- №2. – С.44-46.
4. Послание Президента Республика Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Новое десятилетие – новые возможности Казахстана. 29 января 2010» // http://www.akorda.kz/ru/speeches/addresses_of_the_president_of_kazakhstan/poslanie_prezidenta_respubliki_kazakhstan_na_nazarbaeva.
5. Chambers R., Wall D. Teaching made easy. A manual for health professionals. – TJ International Ltd, Padstow; Cornwall. – 2000.

Тұжырым

ЖАЛПЫ ТӘЖІРІБЕЛІК ДӘРІГЕРЛЕРДІ ДАЙЫНДАУ - ТҰРҒЫНДАР ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ ӘСЕРІМЕН САПАНЫ ЖОҒАРЛАТУДАҒЫ НЕГІЗГІ БАҒЫТ
М.Ж. Еспенбетова, Т.М. Беляева, О.А. Юрковская, К.Ш. Амренова, Ж.М. Жуманбаева
Семей қаласының Мемлекеттік медициналық университеті,
Жалпы дәрігерлік тәжірибе бойынша интернатура кафедрасы

Қазақстанның Шығыс аймағында отбасылық медицина институтын құру шығында тұрған, Семей қаласының Мемлекеттік медициналық университетінің жалпы дәрігерлік тәжірибе бойынша интернатура кафедрасы тәжірибелік денсаулық сақтауда мамандарды даярлау және қайта даярлауда үлкен жетістіктерге жетті. Жалпы тәжірибелік дәрігер дипломын 527 түлек алса, ал клиникалық ординаторлармен резиденттер бойынша 67 маман дайындалып шығарылды, ал 300-ден астам мамандар медицинаның басқа аймағынан келіп қайта дарланып шыққан. Кафедраның осындай үлкен жетістіктеріне жетуі профессорлық-оқытушылық құрамның жоғары біліктілігімен, сонымен қатар оқытудың инновациялық әдістерін білім беру үрдісінде дер кезінде енгізумен анықталады.

Тәжірибелік денсаулық сақтаудағы туындаған қажеттіліктерге басымдық көңілаудару және білім беру бағдарламасындағы жалпы тәжірибелік дәрігерлерді дайындау компетенттілігімен қамтамасыз етуді қайта қарастыруды заманауи жағдайында қарастыру қажеттілігін біздің жинаған тәжірибемізден байқаса болады.

Негізгі сөздер: денсаулық сақтау, жалпы тәжірибелік дәрігер, Шығыс аймағы

Summary

PREPARATION OF GENERAL PRACTITIONERS - THE MAIN WAY OF IMPROVEMENT THE QUALITY AND EFFICIENCY OF THE HEALTH CARE SYSTEM
M.Zh. Espenbetova, T.M. Belyayeva, O.A. Yurkovskaya, K.S. Amrenova, Z.M. Zhumanbayeva
Semey State Medical University,
Department of internship on GP

Department of internship on General Practice Semey State Medical University, which stood at the origins of family medicine in the Eastern region of Kazakhstan has made significant progress in the training and retraining of personnel for practical health care.

Diplomas GPs were received 527 graduates, trained 67 clinical interns and residents, more than 300 specialists from other areas of medicine. Achievements of the department are largely determined by highly qualified teaching staff, as well as the timely implementation of the educational process of innovative teaching methods.

Our experience suggests that in today to provide the competency approach in the preparation of general practitioners need constant revision of educational programs aimed at rapid response to emerging needs practical health care.

Key words: Health Organization, the general practitioner, Eastern Region.

УДК 613.96:378

А.А. Касымова

Семей қаласының Мемлекеттік Медицина Университеті,
Тағамтану және гигиеналық пәндер кафедрасының магистранты**МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖОҒАРҒЫ ОҚУ ОРЫНДАҒЫ БІЛІМ БЕРУ ЖҮЙЕСІНІҢ
БІЛІМ АЛУШЫЛАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ JAҒДАЙЫНА ӘСЕРІ****Тұжырым**

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік саясаттың басты бағыттарының бірі өсіп келе жатқан жеткіншектердің денсаулығын сақтау және білім берудің қалыпты жағдайын қамтамасыз ету болып табылады. Әр мемлекеттің білім беру жүйесінің ең басты мақсаты – адам денсаулығын қалыптастыру және нығайту болуы шарт.

Кілтті сөздер: оқу процесі, жеткіншектер денсаулығы, студенттер денсаулығы.

Кез-келген қоғам дамуының негізгі шарты – халықтың денсаулығы болып табылады, ал кез-келген мемлекеттің дамуы үшін зерделілік, кадрлы және қорғаныс әлеуетін анықтайтын оның генофондын қалыптастырудың маңызы өте зор.

Білім беру үрдісі – өмір сүру деңгейін, саяси және экономикалық тұрақтылықты, нанотехнологияларды дамытуды, әлеуметтік жағдайды дамытудың маңызды бөліктерінің бірі болып табылады. Сонымен қатар денсаулықтың нашарлауына және салауатты өмір салтын қалыптастыруды шектеуге әкелетін қоғамның жағымсыз бағыттарын да жоққа шығаруға болмайды. Осыған байланысты 17-25 жас аралығындағы білім алушы жастардың салауатты өмір салтын қалыптастырудың өзекті мәселелерінің бірі – студенттердің денсаулығына оқу үрдісінің әсер ету мәселесі болып табылады. [1]

Әрине, жоғары медициналық білім орындарында оқуды өзгешелік ой жұмысының санатына жатқызуға болады, яғни ол тек тұрақты, ұзақ мерзімді белсенді зерделілік қызметтерді ғана емес, сонымен қатар эмоционалды, ерік-жігерлі қызметтерді қажет ететін жұмысқа жатады.

Білім беру үрдісі ой әрекетінің бір түрі ретінде бірқатар ерекшеліктермен сипатталады, атап айтқанда үздіксіз артып және өзгеріп отыратын көлемімен, ақпараттың күрделілігімен және жаңашылдығымен, уақыт аралығында шектелуімен, пәндер мен оқытушылардың ауысуы нәтижесінде ақпарат көздерінің саны мен сапасының жиі өзгеруімен, теориялық және тәжірибелік мақсаттарды орындау үшін алған білімдерді меңгеру сапасын және тиімді пайдалануды қатаң бақылауымен, сабақтан тыс уақытты бөлудің шектелуімен және т.б. сипатталады [2].

Оқу үрдісінің объективті белгілері жоғары медициналық білім беру орындарының білім алушыларының денсаулық жағдайына жанама әсер етеді. Олардың әсері тек жекеше түрде көрініс береді және белгілі-бір аурулардың дамуы – ағзаның бейімділік мүмкіндіктеріне, сонымен қатар көптеген факторларға да байланысты болады, олар тікелей ауруды тудырмаса да, бірақ белгілі-бір ықтималдықпен медициналық жоғары оқу орындары студенттерінің денсаулық жағдайына әсер етеді және бұл әсер біркелкі болмайды.

Әсіресе емтихан сессиясынан соң, тәжірибелік сабақтарда, дәрістерде жоғары білім жүктемесінде, кітапханада жұмыс кезінде және сабақтарға

дайындық кезінде денсаулық жағдайының нашарлауын атап өткен жөн, бұл созылмалы аурулардың асқынуына немесе жаңа аурулардың дамуына әкеледі [1].

Сонымен қатар, жастардың денсаулық жағдайын бағалау бойынша жүргізілген көптеген зерттеулер біршама қауіптің бар екендігін дәлелдейді. Экологиялық ахуалдың жағымсыз өзгерістері, әлеуметтік-экономикалық мәселелер, медициналық қызмет көрсетудің және білім беру үрдісінің жиі өзгеруі және қайта құрылуы аясында білім беру орындарына денсаулығы нашар жеткіншектердің көптеп түсуі байқалатынын көрсетті. Оларда оқуға бейімділіктің нашарлауы, оқуға қажетті қызметтерін, оқу міндеттерін орындауда қиыншылықтар байқалады. Ағзаның мұндай жағдайы ең үздік педагогикалық әдістемелердің тиімділігін төмендетеді және тұлғаның даму бағдарламасын жүзеге асыруды біршама қиындатады [3,4,5,6,7].

Олай болса, жаңа типті түлекті оқыту және үлгісін жасау сұрақтарын, білім беру үрдісін түбегейлі қайта құру мәселелерін тек педагогикалық тұрғыдан шешу мүмкін емес. Мұндай қайта құруға гигиеналық, физиологиялық және педагогикалық зерттеулердің бірігуі нәтижесінде қол жеткізуге болады, ал мұндай зерттеулердің негізі – әрбір білім алушының денсаулық жағдайы және білім беру үрдісі өтетін гигиеналық жағдайлар болып табылады.

Әдебиеттер:

- Шагина И.Р. Медико-социальный анализ влияния учебного процесса на состояние здоровья студентов медицинского ВУЗа: Автореферат канд.соц.наук. - Астрахань, 2012 – С.29
- Шашкова О.В. Влияние специфики учебного процесса на динамику и выраженность практических состояний студентов. Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова, - № 3, 2009 – С. 404-407.
- Бурханов И.А., Андреева Л.И., Кропотова Г.М. и др. Психология, педагогика, медицина: пути взаимодействия в системе образования. - Тольятти, 2001 – С. 149-151
- Бурханов И.А., Хорошева Т.А. Состояние здоровья учащихся школ различного профиля. Гигиена и санитария. - №3, 2006 – С. 61-64.
- Кисилева Н.В. Научное обоснование организационной модели охраны здоровья студентов. Автореф. канд. мед. наук., - Казань, 2012. – 29 с.

6. Манюхин А.И., Кретова И.Г., Серебрякова Н.Б., Русанова М.Е. Влияние образовательного процесса на состояние здоровья учащихся. Вестник СамГУ – Естественнонаучная серия. - №8(58). 2007.

– С. 153-160.

7. Демакова Л.В. Сравнительная гигиеническая оценка здоровья двух поколений школьников города Омска. Автореф. канд. мед. наук, - Омск, 2008. – 26с.

Резюме
**ВЛИЯНИЕ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ,
ОБУЧАЮЩИХСЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

А.А. Касьмова

**Государственный медицинский университет города Семей
Кафедра питания и гигиенических дисциплин, магистрант**

Вопросы обучения и создание модели выпускника школы нового типа, проблему кардинальной перестройки учебного процесса только педагогической наукой решить невозможно. Такая перестройка может быть достигнута только на основе интеграции гигиенических, физиологических и педагогических исследований, а в центре этих исследований должны находиться статус здоровья каждого отдельного ребенка и гигиенические условия, в которых проходит учебный процесс.

Ключевые слова: учебный процесс, здоровье студентов, здоровье подростков.

Summary
**INFLUENCE OF EDUCATIONAL PROCESS TO HEALTH
OF MEDICAL INSTITUTE STUDENTS**

A.A. Kasymova

**Semey State Medical University,
Department of nutrition and hygienic disciplines, master student**

A lot of questions, according studying and making the model of graduating's from the school of a new type, a problem of changing the full process of studying, but this problem could not be served using only pedagogical science. This change could be achieved using only the base of gigenical integration, physiological and pedagogical science, and the main object this could be status of a health, each child and gigenical condition, of a studying process.

Key words: studying process, health of students, health of teenagers.

УДК 616.12-008-614.876(574)

Л.М. Пивина¹, Т.И. Белихина², Г.К. Кошпесова², Р.Т. Болеуханова²,
А.С. Керимкулова¹, А.М. Маркабаева¹, А.Ш. Каскабаева¹Государственный медицинский университет города Семей¹,
НИИ радиационной медицины и экологии²**ТЕМАТИЧЕСКИЙ РЕГИСТР БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ
ЖИТЕЛЕЙ КАЗАХСТАНА, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ****Аннотация**

В статье представлен алгоритм кардиологического скринингового обследования жителей Восточно-Казахстанской и Павлодарской областей Казахстана, подвергшихся радиационному воздействию. Результаты обследования легли в основу создания тематического регистра болезней системы кровообращения, который включает 1742 человека. Регистр является инструментом для мониторинга и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: Тематический регистр, болезни системы кровообращения, радиационное воздействие.

Основными направлениями для снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний является внедрение комплекса мер, направленных на первичную и вторичную профилактику инфаркта миокарда и инсульта, на обеспечение доступности и своевременности оказания медицинской помощи, внедрение современных методов диагностики и лечения, информирование населения о возможных рисках развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.

Реализация профилактических программ требует контроля за ходом ее выполнения и эффективностью проводимых мероприятий. Конечной целью таких программ является снижение уровня заболеваемости населения cerebrovasкулярными болезнями и ишемической болезнью сердца, инвалидности и смертности в результате инсультов и инфарктов миокарда. Органам управления здравоохранением и научному сообществу важно иметь методы оценки реализации подобных программ на краткосрочный и среднесрочный периоды. Одним из таких методов является система учета больных сердечно-сосудистыми заболеваниями при помощи создания специальных регистров [1]. Проблема комплексной оценки медицинских последствий для населения Казахстана при испытаниях ядерного оружия является актуальной в связи с необходимостью проведения эффективных, адресных государственных реабилитационно-профилактических мер по уменьшению потерь здоровья населения, обусловленных облучением. По прошествии значительного времени с момента возникновения радиационных ситуаций на первый план выступает задача оценки медико-социальных последствий, проведение радиационно-гигиенического мониторинга. С этой целью в различных странах созданы медико-дозиметрические регистры, которые являются основным инструментом для осуществления указанных мероприятий [2].

Целью нашего исследования явилась разработка системы радиационно-гигиенического мониторинга, оценки факторов риска и донологической диагностики болезней системы кровообращения для жителей Восточно-Казахстанской и Павлодарской областей, подвергшихся радиационному воздействию, на основе организации регистра болезней системы кровообращения.

Материалы и методы. В 2013 г. в рамках реализации научно-технической программы О.0586 «Разработка научно-обоснованных технологий минимизации экологического риска предотвращения неблагоприятного эффекта для здоровья населения» выполнены скрининговые обследования населения Глубоковского района Восточно-Казахстанской области; Лебяженского и Май-

ского районов Павлодарской области, являющихся территориями радиоэкологического неблагополучия в результате испытаний ядерного оружия на бывшем Семипалатинском полигоне. В Глубоковском районе ВКО и Майском районе Павлодарской области средневзвешенные эффективные эквивалентные дозы составили 136 и 133 мЗв соответственно, в Лебяжинском районе – 50 мЗв.

Алгоритм обследования изучаемого населения для дальнейшего формирования тематического регистра лиц с болезнями системы кровообращения (БСК) представлен на рисунке 1. Алгоритм включает формирование групп радиационного риска, включающих лиц, подвергшихся прямому радиационному воздействию в эффективной дозе 250 мЗв и более, и их потомков во II-IV поколениях, которые являются основным объектом нашего исследования; комплексные скрининговые обследования на местах проживания с отбором групп лиц с БСК или высоким риском их развития для дальнейшего углубленного клинического обследования. Для дальнейшего мониторинга и проведения первичной и вторичной профилактики формируются тематические регистры. В качестве контроля мы рассматриваем лиц, прибывших на изучаемые территории после 1975 года, практически не подвергавшихся облучению.

На рисунке 2 представлены этапы кардиологического обследования населения изучаемых районов. Обследование населения начинается с осмотра врача-терапевта, записи ЭКГ, взятия биохимического анализа и заполнения специально разработанной анкеты с указанием радиационного маршрута родителей, а также традиционных факторов риска развития БСК. Лица с высоким риском развития БСК или установленной нозологической формой осматриваются кардиологом с проведением ЭхоКГ, СМАД, мониторингом ЭКГ при необходимости, исследованием возможной дислипидемии, биохимических предикторов ИБС и АГ – гомоцистеина и эндотелина. Заполняется карта коронарного риска, проводится ВРС - спектрометрия. Для определения связи заболевания у пациента с радиационным воздействием у его родителей проводится изучение ассоциации полиморфных маркеров ряда генов-кандидатов, отвечающих за регуляцию артериального давления, метаболизм липидов. Для этого отбираются члены семьи нескольких поколений, включая лиц, подвергшихся прямому облучению, и их потомков. На третьем этапе информация об исследуемом лице вносится в базу данных тематического регистра БСК с последующим диспансерным наблюдением и проведением первичной и вторичной профилактики БСК с позиции доказательной медицины.



Рисунок 1 – Алгоритм обследования изучаемого населения.

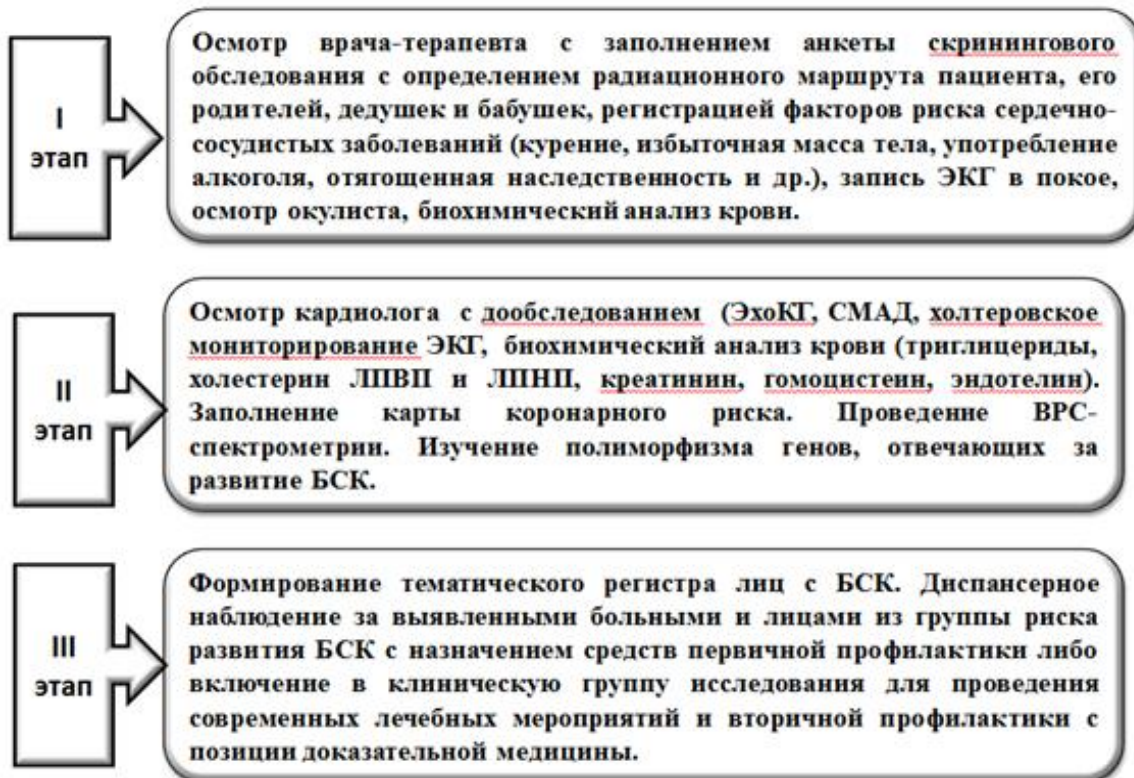


Рисунок 2 – Этапы кардиологического обследования.

Клиническое и параклиническое обследование пациентов включало в себя измерение артериального давления, роста, веса, анализ общего холестерина, необходимых для подсчета суммарного риска коронарных осложнений на ближайшие 10 лет. На основании данных указанных анкет для каждого пациента были заполнены карты определения коронарного риска, включающие вопросы о паспортных данных, радиационном маршруте обследуемого и его родителей в период с 1949 по 1962 гг., перенесенных заболеваниях, антропометрических данных (рост, вес, окружность талии), курении, уровне артериального давления и холестерина, семейном анамнезе (раннее развитие ишемической болезни сердца и ее осложнений в виде инфаркта миокарда или нарушений мозгового кровообращения у ближайших родственников), уровне физической активности.

Для определения суммарного коронарного риска нами была выбрана компьютерная программа HeartScore® - калькулятор риска коронарных эпизодов, электронный аналог бумажной версии Европейской шкалы SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Программа представляет собой уникальный интерактивный инструмент прогнозирования риска смерти от БСК и ее коррекции.

Результаты и обсуждение. Всего в регистр вошли 1742 больных БСК, проживающих в Глубоковском, Бескарагайском, Абайском и Бородулихинском районах Восточно-Казахстанской области и Лебяжинском и Майском районах Павлодарской области Казахстана. 72,2 % составили женщины, 27,8 % - мужчины. Распределение членов регистра по национальности показало, что 68 % составили казахи и 32 % - русские и представители других европейских национальностей (таблица 1).

Таблица 1.

Распределение лиц, вошедших в регистр болезней системы кровообращения, по полу и по национальностям.

Казахи				Русские				Всего			
Муж.		Жен.		Муж.		Жен.		Муж.		Жен.	
Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
390	22,43	794	45,66	94	5,33	464	26,64	484	27,8	1258	72,2

Возрастная характеристика регистра болезней системы кровообращения указывает, что 51,78 % составили лица старше 60 лет. Наиболее представительной

возрастной стратой оказались лица в возрасте 50-59 лет (32,84 %). Возрастная страта 30-49 лет составила 15,27 % (таблица 2).

Таблица 2.

Распределение лиц, вошедших в регистр болезней системы кровообращения, по полу и возрасту.

Возраст	мужчин		женщин		всего	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
70 лет >	115	30,83	258	69,17	373	21,41
60-69 лет	144	27,22	385	72,78	529	30,37
50-59 лет	148	25,87	424	74,13	572	32,84
40-49 лет	62	28,18	158	71,82	220	12,63
30-39 лет	15	32,61	31	67,39	46	2,64
20-29 лет	-		2	100,00	2	0,11
Итого	484	27,78	1264	72,56	1742	100,00

На рисунке 3 представлено распределение членов регистра БСК по группам радиационного риска. Лица, рожденные до 1949 года и подвергшиеся прямому облучению в период проведения воздушных и наземных ядерных взрывов, составили 47,5 %. 37,12 % членов регистра представлены потомками облученных родителей, подвергавшимися при этом прямому сочетанному внешнему и внутреннему облучению внутриутробно, в

младенческом и детском возрасте. Именно в этой группе лиц, рожденных с 1949 по 1963 гг., ожидаются наиболее высокие показатели распространенности детерминированных стохастических радиационных эффектов. Группа лиц, рожденных после прекращения дозообразующих ядерных испытаний, от родителей, подвергшихся прямому облучению, была наиболее малочисленной – 15,4 %.

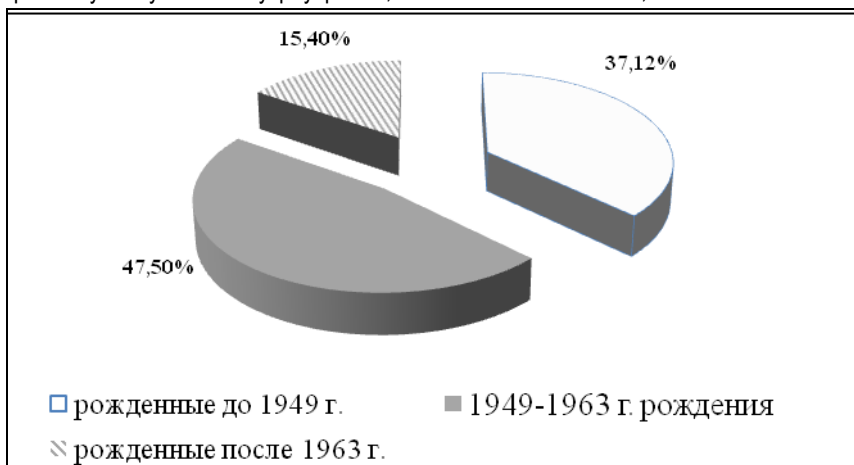


Рисунок 3 - Распределение членов регистра болезней системы кровообращения по группам радиационного риска.

Для каждого члена регистра были рассчитаны индивидуальные дозы облучения в соответствии с его радиационным маршрутом (факт проживания на радиационно-загрязненных территориях в период проведения дозообразующих взрывов). На рисунке 4 представлено

распределение членов регистра БСК в соответствии с полученными дозами внешнего и внутреннего облучения. Большинство больных подверглись радиационному воздействию в диапазоне малых (7-35 мЗв) и сверхмалых (менее 7 мЗв) доз.

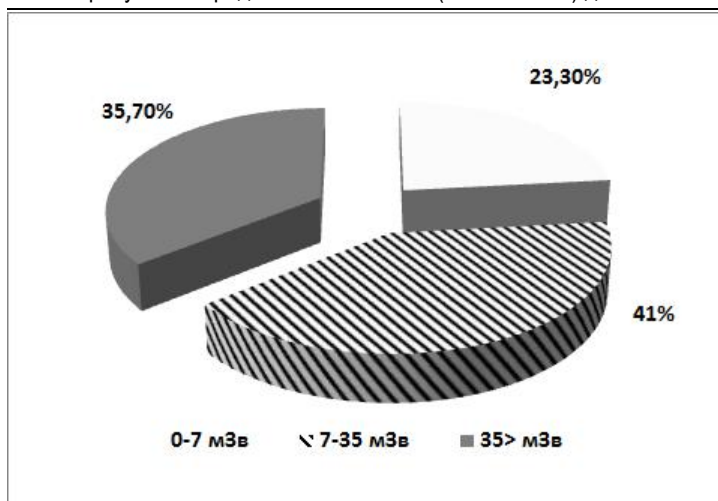


Рисунок 4 – Распределение членов регистра болезней системы кровообращения по дозовым нагрузкам

В таблице 3 представлена структура болезней системы кровообращения у членов регистра в зависимости от принадлежности к группам радиационного риска. Подавляющее большинство лиц, включенных в регистр, страдают артериальной гипертонией, причем наиболее высокий удельный вес из них занимают лица, рожденные от облученных родителей и подвергшиеся прямому радиационному воздействию в период проведения наземных и воздушных ядерных взрывов – 48,5 %. Обращает на себя внимание высокий удельный вес ише-

мической болезни сердца, сосудистых поражений головного мозга и гипертензивной энцефалопатии именно в этой группе лиц, что согласовывается с предварительными данными о более ранних эффектах старения у потомков облученных родителей.

Таким образом, разработанный нами алгоритм обследования лиц, подвергшихся радиационному воздействию, явился основой для дальнейшего формирования тематического регистра БСК. Тематический регистр является инструментом для мониторинга и профилактики БСК.

Таблица 3.

Структура болезней системы кровообращения в зависимости от принадлежности к группам радиационного риска.

Рубрики, классы болезней (МКБ -10)	Группы исследования		
	Лица, рожденные до 1949 года и подвергшиеся прямому облучению	Лица, рожденные с 1949 по 1963 г. (рожденные от облученных родителей и подвергшиеся прямому облучению)	Лица, рожденные после 1963 года (потомки облученных родителей)
I 11 - Гипертоническая болезнь	544 (35,2%)	750 (48,5%)	252 (16,3%)
I 20 - Стенокардия	99 (53,2 %)	80 (43,0%)	7 (3,76%)
I 25.1 - Атеросклеротическая болезнь сердца	67 (67,7%)	31 (31,3%)	1 (1,0%)
I 25.2 – Постинфарктный кардиосклероз	36 (53,7%)	29 (43,3%)	2 (2,9%)
I 25.8 - Другие формы хронической ишемической болезни сердца	151 (55,1%)	105 (38,3%)	18 (6,6%)
I 67.2 - Церебральный атеросклероз	135 (65,3 %)	69 (33,5%)	2 (1,0%)
I 67.4 - Гипертензивная энцефалопатия	137 (36,8%)	198 (53,1%)	38 (10,2 %)
I 67.8 - Другие уточненные поражения сосудов мозга	56 (48,7%)	50 (43,5%)	9 (7,2 %)
I 69 - Последствия цереброваскулярных болезней	40 (50%)	35 (43,8%)	5 (6,2 %)
I 70 – Атеросклероз сосудов	16 (57,1%)	11 (39,3%)	1 (3,6%)
I 70.9 - Генерализованный и неуточненный атеросклероз	37 (77,1%)	11 (22,9%)	-
I 83 - Варикозное расширение вен нижних конечностей	9 (31,0%)	11 (37,9%)	9 (31,1%)
Всего	1327 (43,5 %)	1380 (45,2 %)	344 (11,3 %)

Литература:

1. Ощепкова Е.В., Довгалецкий П.Я., Гриднев В.И. Регистр артериальной гипертонии // Терапевтический Архив» 2007.- т.79,№1, с. 46-48

2. Ильин Л.А., Тахауов Р.М. и др. Отраслевой медико-дозиметрический регистр работников атомной промышленности России. Состояние и перспективы // Мед.радиол. и радиац. безопасн. - 2008, № 5. - С. 16–22

Тұжырым
РАДИАЦИЯЛЫҚ ӘСЕРГЕ ҰШЫРАҒАН ҚАЗАҚСТАН ТҰРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДАҒЫ
ҚАНАЙНАЛЫМ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНЫҢ КҮНТІЗБЕЛІК ТІРКЕМЕСІ

Л.М. Пивина¹, Т.И. Белыхина², Г.К. Кошпесова², Р.Т. Болеуханова²,
 А.С. Керимкулова¹, А.М. Маркабаева¹, А.Ш. Каскабаева¹

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті¹,
 Семей қ. Радиациялық медицинаның және экологияның ғылымы-зерттеу институты²

Мақалада Шығыс Қазақстан және Павлодар облыстарында радиациялық әсерге ұшыраған тұрғындар арасында жүргізілген кардиологиялық скринингтік зерттеу алгоритмі жарияланған. Осы зерттеудің нәтижелері негізге алынып құрамында 1742 адамды қамтитын қанайналым жүйесі ауруларының күнтізбелік тіркемесі құрастырылды. Бұл тіркеме жүрек – қантамыр жүйесі ауруларының алдын алу және сараптамасы үшін таптырмас құрал болды.

Негізгі сөздер: қан айналу жүйесі аурулары, радиациялық әсерлер, тақырыптық регистр.

Summary

THEMATIC CARDIOVASCULAR REGISTER OF THE KAZAKHSTAN POPULATION EXPOSED TO RADIATION

L.M. Pivina¹, T.I. Belikhina², G.K. Koshpesova², R.T. Boleukhanova²,
 A.S. Kerimkulova¹, A.M. Markabayeva¹, A.Sh. Kaskabayeva¹

Semey State medical university¹,
 Scientific Research Institute of Radiation Medicine and Ecology²

In the paper we have presented algorithm of cardiology screening examination in the inhabitants of East Kazakhstan and Pavlodar Areas exposed to radiation. Results of examination were the basis for creation of cardiovascular thematic register which included 1742 people. The register is the instrument for the monitoring and prevention of cardiovascular diseases.

Key words: thematic register, cardiovascular diseases, radiation exposure.

УДК 616.4-616.1-614.876

Л.М. Пивина, Г.Б. Батенова, Р.Р. Курумбаев, А.С. Керимкулова, А.М. Маркабаева, А.Ш. Каскабаева
 Государственный медицинский университет города Семей

ХАРАКТЕРИСТИКА КОМОРБИДНОЙ ЭНДОКРИННОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
ПАТОЛОГИИ У ПОТОМКОВ ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ

Аннотация

В статье представлены результаты изучения коморбидности сердечно-сосудистой и эндокринной патологии у лиц, вошедших в тематический регистр болезней системы кровообращения. Регистр содержит информацию о 1742 жителях Восточно-Казахстанской и Павлодарской областей Казахстана, подвергшихся радиационному воздействию в результате испытаний ядерного оружия. 56,8 % лиц, включенных в регистр БСК, имели коморбидную патологию щитовидной железы, в структуре которой преобладал диффузный и диффузно-узловой зоб. Среднее содержание антител к тиреоидной пероксидазе семикратно превосходило верхнюю границу референсных значений. Средние значения тироксина и тиреотропного гормона свидетельствуют о наличии субклинического или клинического гипотиреоза у 20,8 % членов регистра.

Ключевые слова: болезни системы кровообращения, эндокринные заболевания, радиационное воздействие.

В последние десятилетия рост патологии щитовидной железы, сопровождающейся развитием гипотиреоза, и частое сочетание его с АГ все больше привлекают внимание врачей разных специальностей. Сочетание гипотиреоза с другими заболеваниями, являющимися факторами риска для сердечно-сосудистых болезней, установлено в достаточно большом числе случаев.

Материалы и методы

В рамках выполнения научно-технической программы «Разработка научно-обоснованных технологий минимизации экологического риска предотвращения неблагоприятного эффекта для здоровья населения», проведено исследование коморбидности сердечно-сосудистых заболеваний и эндокринной патологии на основе анализа тематического регистра болезней системы кровообращения. В регистр во-

шла информация о результатах скрининговых исследований 1742 жителей Восточно-Казахстанской и Павлодарской областей Казахстана, с установленными сердечно-сосудистой патологией. Изучение гормонального статуса щитовидной железы проведено на группе из 140 человек, представляющих потомков во II поколении лиц, подвергшихся прямому радиационному воздействию. Для исследования функционального состояния щитовидной железы определяли гормон передней доли гипофиза (ТТГ), тиреоидные гормоны (Т3, Т4), антитела к тиреоидной пероксидазе (ТПО). Исследования гормонального тиреоидного статуса проводились в лаборатории ГМУ г.Семей. Содержание гормонов щитовидной железы иммуноглобулинов сыворотки крови, определяли методом иммуноферментного анализа с помощью наборов реактивов и «Иммунотех» (Россия).

Результаты и обсуждение

Анализ ассоциированной патологии показал, что 56,8% членов регистра (990 человек) страдали одновременно патологией щитовидной железы, в структуре которой 71,3% занимал диффузный и диффузно-узловой зоб. У 8,5% лиц был установлен клинически

выраженный гипотиреоз, подтвержденный данными лабораторных методов исследования, у 5,6% лиц был выявлен аутоиммунный тиреоидит. У достаточно большого числа членов регистра болезней кровообращения был установлен инсулиннезависимый сахарный диабет II типа (таблица 1, рисунок 1).

Таблица 1.

Характеристика коморбидной эндокринной патологии у членов регистра болезней системы кровообращения.

Рубрики, классы болезней (МКБ -10)	Абсолютное число	%
E03 - гипотиреоз	84	8,48
E04 – нетоксический зоб	706	71,31
E05.0- тиреотоксикоз с диффузным зобом	1	0,10
E06.3 – аутоиммунный тиреоидит	55	5,56
E10 – инсулинзависимый сахарный диабет	1	0,10
E11 – Инсулиннезависимый сахарный диабет	143	14,44
Всего	990	100,00

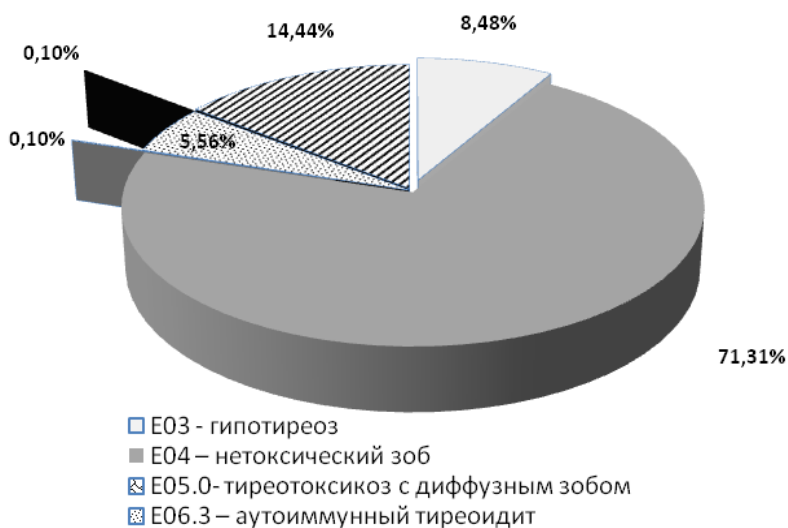


Рисунок 1 – Структура эндокринной патологии у членов регистра БСК.

Результаты изучения распространенности ассоциированной с болезнями системы кровообращения патологии щитовидной железы были подтверждены исследованием гормонального статуса членов регистра в сравнении с референсными значениями (таблица 2). В группу исследования вошли 140 человек. Как видно из таблицы, средние значения трийодтиронина и тироксина не выходили из диапазона нормальных показателей, при этом разброс величин был довольно значительным. Средний показатель тиреотропного гормона гипофиза находился на уровне верхней границы нормы, что свидетельствует о напряжении стимулирующей функции гипофиза. Разброс значений этого показателя находил-

ся в диапазоне от 0,047 до 11,4 мЕд/л, причем у 29 лиц (20,8 %) значение ТТГ значительно превосходило верхнюю границу нормальных показателей. Значение показателя свободного тироксина у этих членов регистра находилось на уровне нижней границы нормы или было ниже ее, что свидетельствует о наличии клинически выраженного или субклинического гипотиреоза. Объяснение этому факту можно найти при исследовании антител к тиреоиднойпероксидазе у исследуемых лиц. Этот показатель в среднем практически в семь раз превосходил верхнюю границу нормы, что свидетельствует о наличии аутоиммунного воспаления в щитовидной железе у исследуемых лиц.

Таблица 2.

Характеристика функции щитовидной железы у лиц, включенных в регистр болезней системы кровообращения

Показатель	Группа исследования	Референсные значения
Свободный трийодтиронин	3,4±1,2	2,6-5,7 пмоль/л
Свободный тироксин	18,5±4,8	9,0-22,0 пмоль/л
Тиреотропный гормон	3,6±1,2	0,4-4,0 мЕд/л
Антитела к тиреоиднойпероксидазе	247,5±137,6	<35 МЕ/мл

Эти результаты вполне согласуются с литературными данными по аналоговым исследованиям, проведенным среди населения, подвергшегося радиационному воздействию [1]. Учитывая же, что исследуемые

нами люди являлись потомками лиц, подвергшихся прямому радиационному воздействию, а патология щитовидной железы была для них ассоциированной с патологией сердечно-сосудистой системы, мы можем

предположить единые механизмы формирования патологии этих двух систем.

Щитовидная железа является одним из наиболее чувствительным к облучению органов человека. Хорошо известно, что радиоактивное облучение увеличивает риск развития рака щитовидной железы, меньше известно о его последствиях в отношении доброкачественных заболеваний щитовидной железы. Исследования, проведенные на популяциях, подвергшихся радиационному воздействию в широком диапазоне доз вследствие испытаний ядерного оружия, аварий на радиохимических предприятиях и атомных электростанциях, свидетельствуют о повышенных рисках развития узловых образований щитовидной железы и аутоиммунных тиреоидитов, сопровождающихся снижением функции щитовидной железы. Облучение щитовидной железы в небольших дозах (десятичные доли Гр) практически не сказывается на ее функциональном состоянии в ранний период. Однако в отдаленные сроки возможно развитие доброкачественных и злокачественных опухолей, аутоиммунных тиреоидитов, гипотиреоза [2].

Результаты исследования, проведенного американскими авторами, свидетельствовали, что распространенность ИБС была более распространена среди пациентов с клинической формой гипотиреоза (ТТГ >10 мкУ/мл) и субклиническим гипотиреозом умеренной степени (ТТГ = 6.1-10 мкУ/мл). При этом среди лиц, находившихся на заместительной терапии гормонами щитовидной железы, показатели смертности не отличались

от средних в популяции. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности заместительной терапии в профилактике ИБС среди больных с гипопункцией щитовидной железы [3].

Таким образом, с учетом высоких показателей коморбидности, необходимо проводить комплексное обследование жителей изучаемых районов, подвергшихся радиационному воздействию, страдающих БСК, с включением осмотра эндокринолога и исследованием функции щитовидной железы. Это позволит проводить раннюю диагностику и профилактику указанных заболеваний.

Литература:

1. Imaizumi M, Usa T, Tominaga T, Neriishi K, Akahoshi M. Radiation dose-response relationships for thyroid nodules and autoimmune thyroid diseases in Hiroshima and Nagasaki atomic bomb survivors 55-58 years after radiation exposure // JAMA. 2006 Mar 1;295(9):1011-22.
2. F López MC, T López PJ, R Montes JA, S Albero J. Subclinical hypothyroidism and cardiovascular risk factors // Nutr Hosp. -2011.- V(6):1355-62.
3. McQuade C, Skugor M, Brennan DM, Hoar B, Stevenson C, Hoogwerf BJ. Hypothyroidism and moderate subclinical hypothyroidism are associated with increased all-cause mortality independent of coronary heart disease risk factors: a PreCIS database study //Thyroid. - 2011. - V 8. - P. 837-43.

Тұжырым

РАДИАЦИЯЛЫҚ ӘСЕРГЕ ҰШЫРАҒАН АДАМДАРДЫҢ ҰРПАҚТАРЫҢДАҒЫ КОМОРБИДТІ ЭНДОКРИНДІ ЖӘНЕ ЖҮРЕК – ҚАНТАМЫРЛЫҚ ПАТОЛОГИЯЛАРДЫҢ СИПАТТАМАСЫ

Л.М. Пивина, Г.Б. Батенова, Р.Р. Курумбаев, А.С. Керимкулова, А.М. Маркабаева, А.Ш. Каскабаева
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті

Бұл мақалада қанайналым жүйесі ауруларының күнтізбелік тіркемесіне енген жүрек – қантамыр жүйесі және эндокринді патологиясы бар адамдардың коморбидтілігін зерттеу қорытындылары көрсетілген. Тіркемеге ядролық қару сынақтары кезінде Шығыс Қазақстан және Павлодар облыстарында радиациялық әсерге ұшыраған 1742 тұрғын туралы ақпарат енгізілген. Қанайналым жүйесі аурулары тіркемесіне енгізілген 56,8 % адамдарда қалқанша безінің коморбидті патологиясы анықталған, нақтырақ жайылмалы және жайылмалы – түйінді жемсау едәуір орын алған. Тиреоидты пероксидазаға түзілетін антиденелер мөлшері референтті көрсеткіштің жоғарғы шегінен жеті есе асып түскен. Тироксин мен тироэтропты гормонның орташа көрсеткіші тіркеме мүшелерінің 20,8% - да субклиникалық немесе клиникалық гипотиреоздың бар екендігін көрсетеді.

Негізгі сөздер: қан айналу жүйесі аурулары, эндокринді аурулар, радиациялық әсерлер.

Summary

CHARACTERISTICS OF COMORBID CARDIOVASCULAR AND ENDOCRINE PATHOLOGY IN THE OFFSPRING OF THE PEOPLE EXPOSED TO RADIATION

L.M. Pivina, G.B. Batenova, R.R. Kurumbayev, A.S. Kerimkulova, A.M. Markabayeva, A.Sh. Kaskabayeva
Semey State medical university¹

In the paper we have presented results of research of comorbidity of the cardiovascular and endocrine pathology in the people included to the thematic cardiovascular register. The register contains information about 1742 inhabitants of East-Kazakhstan and Pavlodar Ares of Kazakhstan exposed to radiation in the result of nuclear weapon tests. 56,8 % the register members have associated diseases of thyroid gland. In the structure of the diseases diffuse and nodular goiter were dominated. Average rate of antibodies to thyroid peroxidase sevenfold exceeds the upper border of reference rate. Average rate of T3 and T4 show the presence of clinical or subclinical hypothyroidism in y 20.8 % members of the register.

Key words: cardiovascular diseases, endocrine diseases, radiation exposure.

УДК 616.71-007.234-614.876-368.021.242

*Р.Л. Иванова, М.В. Горемыкина, С.С. Кырыкбаева, Н.М. Едильканова,
М.Ш. Жакупбекова, Л.К. Чакенова*

Государственный медицинский университет города Семей

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ ПОТОМКОВ ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ПЕРИОД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМИПАЛАТИНСКОГО ИСПЫТАТЕЛЬНОГО ЯДЕРНОГО ПОЛИГОНА

Аннотация

В проведенном когортном исследовании при проведении скрининга, установлено, что уровень остеопенического синдрома среди подростков и лиц молодого возраста, проживающих в Майском и Лебяжинском районах Павлодарской области составил 53,6%, что выше данного показателя среди лиц молодого возраста, проживающих в г.Семей (40%). Гипокальциемия отмечена у 65,8% при нормальном содержании фосфора в крови.

Ключевые слова: *остеопения, потомки, скрининг, ионизирующая радиация.*

Актуальность. В мире насчитывается около 250 млн. человек, у которых зарегистрирован остеопороз (ОП). По данным разных авторов 32,5% населения старше 50 лет сталкиваются с этой проблемой. Уже к 30 годам 10–11% женщин имеют остеопенический синдром, распространенность которого возрастает до 50% с наступлением у них менопаузы [1]. Столь значительные масштабы заболеваемости среди взрослого населения, вероятно, связаны с недостаточным вниманием к проблеме в детском возрасте. Накопленные, к настоящему времени, данные о распространенности и разнообразии факторов риска снижения костной массы у детей, позволяют все более убедительно говорить об истоках остеопороза, как заболевания, формирующегося именно в детском возрасте [2].

Пристальное внимание к проблеме ОП в современной медицине связано с социально-экономическими последствиями переломов шейки бедра, позвоночника и дистального отдела предплечья. Переломы костей, связанные с минимальной травмой определяют физические, моральные и экономические потери не только больного, но и общества в целом [3]. Однако, пока социально-экономические показатели, подтверждающие приоритетность ОП для здравоохранения, публикуются в основном зарубежными учеными. В нашей стране распространенность ОП изучалась только среди населения г.Алматы [4,5] и г.Семей [6,7]. Экономических расчетов еще не проводилось.

Заболеваемость ОП существенно различается в различных странах и регионах. Она зависит не только от этнических факторов, климато-географических условий, но и от степени индустриализации региона, состояния окружающей среды [8-10]. Причины таких зависимостей до конца не ясны. ОП может быть обусловлен передающейся по наследству мутацией генов, влиянием различных средовых факторов, в том числе радиации, химических веществ [11]. Принципиальное значение в реализации эффекта ионизирующего излучения на костную ткань имеет воздействие на щитовидную и паращитовидную железы, которые играют ключевую роль в регуляции роста и перестройки кости [12]. Следует также отметить, что в ряде работ [10, 13] была обнаружена весьма тревожная тенденция: у клинически здоровых молодых людей обоего пола в возрасте 18-25 лет, проживающих на территориях, подвергшихся радиационному

воздействию (в период максимальных значений костной массы), минеральная плотность костной ткани (МПКТ) оказалась ниже, чем у их сверстников в США.

Таким образом, изучение МПКТ у подростков – потомков лиц, подвергшихся воздействию радиации в период действия Семипалатинского испытательного ядерного полигона, представляет определенный интерес для своевременной диагностики и коррекции нарушений минерального обмена и снижения риска развития у них осложнений, связанных с ОП.

Цель: Изучение распространенности и клинических проявлений остеопороза у потомков лиц (3 – е поколение), длительное время проживающих на территориях, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону, для последующего проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы исследования: В рамках научно-технической программы «Разработка научно-обоснованных технологий минимизации экологического риска предотвращения неблагоприятного эффекта для здоровья населения» на 2012-2014 годы проведено скрининговое обследование лиц в возрасте 15-25 лет Майского и Лебяжинского районов Павлодарской области.

Всем обследуемым предлагалось ответить на вопросы анкеты, которая включала в себя паспортные данные, данные о перенесенных заболеваниях, а также сведения, позволяющие выявить факторы риска развития ОП и его проявления (в соответствии с международными критериями).

Кроме того, целенаправленно выявляли лиц с недифференцированной ДСТ и синдромом гипермобильности суставов (СГМС), для изучения МПКТ у данных контингентов больных, учитывая взаимосвязь вышеуказанных состояний с развитием ОП [13,14]. Для объективной оценки состояния подвижности суставов нами использовался наиболее популярный метод Carter С. и Wilkinson J. (1964), в последствии модифицированный Р. Beighton (1998). Шкала Бейтона представляет собой 9-балльную оценку способности обследуемого выполнить 5 движений.

Для выявления остеопенического синдрома у подростков и лиц молодого возраста нами была проведена костная ультразвуковая денситометрия на аппарате «Sunlight Medical Ltd» (Япония). Длительность одного исследования составила 1-3 минуты.

Всем обследуемым проведено исследование уровня кальция (Ca) и фосфора (P) в сыворотке с помощью стандартных тест систем (ByoSystems, Испания) в автоматических анализаторах.

Статистическая обработка полученных материалов проведена с помощью статистической программы SPSS (описательная статистика: средние величины, доверительный интервал, абсолютные и относительные частоты; корреляционный анализ).

Результаты. Всего обследовано 68 человек, проживающих в Майском и Лебяжинском районах Павлодарской области. Возраст обследуемых в среднем составил 20,4 лет (ДИ (19,66; 21,13)). Из них девушек было 54 (79,4%), а юношей - 14 (20,6%).

По данным анкетирования и физикального обследования установлено, что у части обследованных юношей и девушек имели место проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ). Миопия встречалась у 27 человек (39,7%), сколиоз преимущественно грудного отдела позвоночника у 15 человек (22,1%), плоскостопие – у 46 человек (67,6%). Синдром гипермобильности суставов в диапазоне 4-9 баллов выявлен у 55 человек, что составило 80,9% от общего числа обследованных. В среднем у подростков отмечена умеренная степень подвижности суставов и составила 5,5 балла. Частота фенотипических проявлений НДСТ, преимущественно со стороны опорно-двигательного аппарата, представлена на рисунке 1.

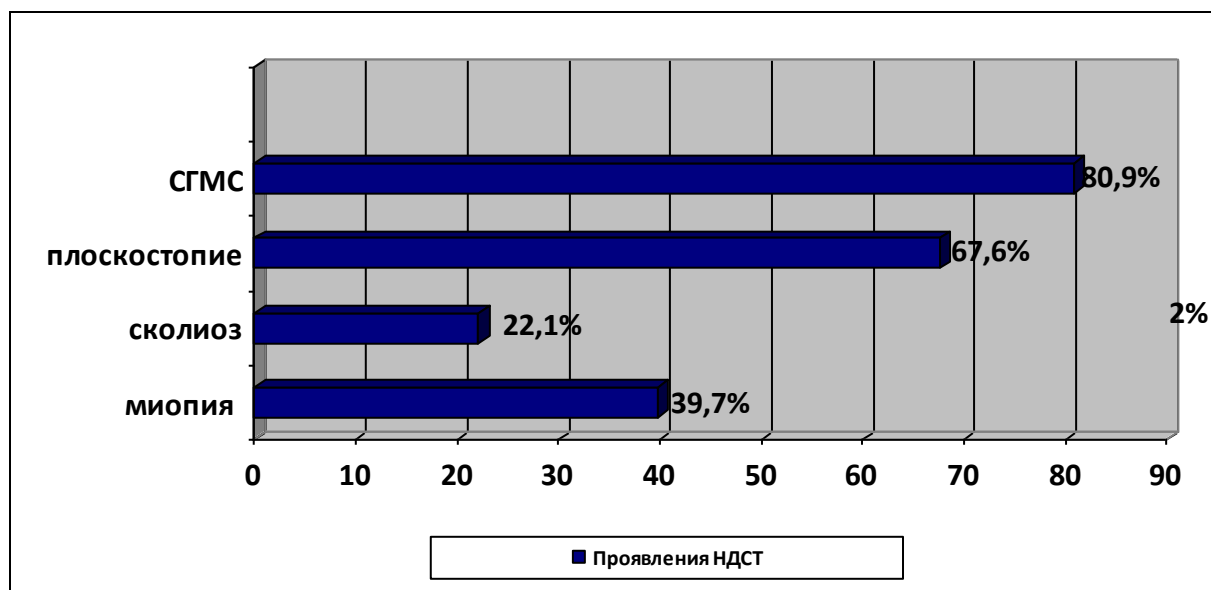


Рисунок 1 – Частота проявлений недифференцированной дисплазии соединительной ткани у подростков.

Изучение возможных причин остеопенического синдрома у группы обследуемой молодежи показало следующее:

- нерегулярные занятия спортом и низкая физическая активность отмечены в 63,3% и 17,6% соответственно;

- употребление сладкого - 58 человек (85,3%) и употребление газированных напитков – 46 человек (67,6%), а также консервантсодержащих продуктов – 26 человек (38,2%);

- недостаточное поступление кальция с пищей через кисломолочные продукты – 21 человек (30,9%);

- регулярное употребление кофе – 38 человек (55,9%).

Кроме того, низкий индекс массы тела (ниже 20) был выявлен у 7 человек, что составило 10,3% от общего числа прошедших обследование.

В анамнезе у 50% обследованных отмечались заболевания, способствующие развитию остеопенического синдрома.

Среди них заболевания щитовидной железы имелись у 8 человек (21,6%); хронический гастрит – у 17 человек (45,9%); хронический пиелонефрит – у 12 человек (32,4%).

Наличие переломов в анамнезе отметили 6 обследуемых (8,8%).

Стоматологическая патология в виде множественного кариеса, признаков пародонтоза, неправильно сформированного зубного ряда выявлена у 26 обследованных (38,2%).

Отклонение кальция в сыворотке от нормальных значений отмечено у 65,8% лиц молодого возраста.

Значения фосфора в сыворотке у всех обследованных соответствовали нормальным показателям.

Денситометрическое обследование проведено всем 68 подросткам.

В результате проведенной ультразвуковой денситометрии снижение МПКТ выявлено у 36 человека (53,6%), в том числе остеопороз диагностирован у 14 лиц молодого возраста (20,6%), остеопения – у 22 человек (33%); нормальные показатели МПКТ отмечены у 32 человек (46,4%).

Патологическая пораженность остеопеническим синдромом среди подростков и лиц молодого возраста, проживающих в Майском и Лебяжинском районах Павлодарской области составила 53,6%, что сопоставимо с аналогичным показателем в Абайском, Бескарагайском и Бородулихинском районах (68%) и значительно выше, чем данный показатель, полученный в предыдущих исследованиях среди лиц молодого возраста (40%) (Горемыкина М.В., г. Семей, 2008г.) и

школьников (33%) (Сеилханова К.А., Еспенбетова М.Ж., 2011 г.), проживающих в г. Семей.

Выводы:

1. Уровень остеопенического синдрома среди подростков и лиц молодого возраста, проживающих в Майском и Лебяжинском районах Павлодарской области составил 53,6%, что выше данного показателя среди лиц молодого возраста, проживающих в г. Семей (40%).

2. Гипокальциемия отмечена у 65,8% при нормальном содержании фосфора в крови обследованной молодежи.

Литература:

1. Boyce A.M. Approach to the child with fractures / A.M. Boyce, R.I. Gafni // J. Clin. Endocrinol. Metab.— 2011. — Vol. 96. — P. 1943–1952.
2. Беневоленская Л.И., Лесняк О.М. Остеопороз. диагностика, профилактика и лечение. // Клинические рекомендации по остеопорозу. - М., 2007.
3. Аудит состояния проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии. – 2010. - Подготовлено Международным Фондом остеопороза.
4. Турекулова А.А. Медико-социальные аспекты остеопороза у городского населения / Автореф. ... доктора медицинских наук. - Алматы, 2008. - 48 с.
5. Турекулова А.А. Распространенность остеопоротических переломов в городской популяции // Вісник морфології. Reports of Morphology. - научно-практический журнал. – Украина, Винница, 2008.– Том 14, №1. -С. 134-138.
6. Ботабаева А.С. Распространенность и характеристика остеопороза среди взрослого населения

г.Семей // Автореф. ...кандидата медицинских наук. - Семей, 2009. - 22 с.

7. Ботабаева А.С., Иванова Р.Л. Системный остеопороз у мужчин и женщин // IV Международная конференция «Экология. Радиация. Здоровье». – Семей, 2007. – С. 96.

8. Литвинов Н.Н. Радиационные поражения костной системы. - М.: Медицина, 1964. - 235 с.

9. Прусов П.К. Максимальная скорость роста у мальчиков подростков // Педиатрия. - 1993, № 3. - С. 23- 25.

10. Свешников А.А. Возрастные изменения минеральной плотности скелета и проблемы профилактики переломов. / Остеопороз и остеопатии. - 2002.- №2. - С. 38-42.

11. Сороцкая В.Н., Беседина Е.А., Смирнов А.В. Сравнительное исследование минеральной плотности костной ткани в г.Туле, г.Плавске и у ликвидаторов аварии ЧАЭС // Материалы III Российского симпозиума по остеопорозу. - Санкт-Петербург. – 2000. – С.84

12. Толстых Е.И. Половозрастные особенности минерализации скелета у радиоактивно загрязненных территорий Уральского региона: дисс. ... докт. мед.наук. –2006.- 317с.

13. Бакуров А.С., Романов Г.Н., Шейн Г.П. Динамика радиационной обстановки на территории Восточно-Уральского радиоактивного следа // Вопросы радиационной безопасности. – 1997, № 4. - С. 68- 74.

14. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение и диспансеризация) // СПб.: «Невский диалект» - 2000. – 271 с.

15. Земцовский Э.В. Соединительнотканная дисплазия сердца // СПб.: ТОО «Политекст-Норд-Вест» - 2000. – 115 с.

Тұжырым

СЕМЕЙ ПОЛИГОНЫНЫҢ ЖҰМЫС ІСТЕП ТҰРҒАН КЕЗЕҢІНДЕГІ ИОНДЫ СӘУЛЕЛЕРДІҢ ӘСЕРІНЕ ШАЛДЫҚҚАН ӘУЛЕТ АРАСЫНДАҒЫ ОСТЕПЕНИКАЛЫҚ СИНДРОМЫНЫҢ ТАРАЛУЫ

Р.Л. Иванова, М.В. Горемыкина, С.С. Кырыкбаева, Н.М. Едильканова, М.Ш. Жакупбекова, Л.К. Чакенова

Семей қаласының Мемлекеттік медициналық университеті

Остепеникалық синдромға шалдыққандар деңгейі Павлодар облысының Май және Лебяжий ауданының жастар мен жасөспірімдері арасында 53,6% құрайды, бұл дегеніміз Семей қаласы жастары арасындағыдан мұндай көрсеткіштен жоғары (40%) екендігі скринингтің кезінде шоғырланған зерттеу жүргізу барысында белгілі болды. Қанда фосфордың қалыпты мөлшерінде 65,8%-да гипокальциемия шалдыққандар белгіленді.

Негізгі сөздер: остеопения, әулет, скрининг, ионды сәулелер.

Summary

THE PREVALENCE OF THE OSTEOPENIC SYNDROME AMONG THE DESCENDANTS OF PERSONS EXPOSED TO IONIZING RADIATION DURING THE ACTIVITIES OF THE SEMIPALATINSK NUCLEAR RANGE

R.L. Ivanova, M.V. Goremykina, S.S. Kyrykbaeva, N.M. Yedilkanova, M.Sh. Zhakupbekova, L.K. Chakenova

Semey State Medical University

In a cohort study conducted during the screening, it was found that the level of osteopenic syndrome among adolescents and young adults living in the May and Lebyazhye areas of Pavlodar region was 53,6%, that is higher than the indicator of young people living in Semey (40%). Hypocalcemia observed in 65,8% of the normal content of phosphorus in the blood.

Key words: osteopenic syndrome, descendants, scrining, ionizing radiation.

УДК 616.89.-005.584.1-614.876

Т.М. Молдагалеев

Государственный медицинский университет города Семей

НАУЧНО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ЛИЦ, РОЖДЕННЫХ ОТ ОБЛУЧЕННЫХ РОДИТЕЛЕЙ**Аннотация**

Патопсихологический анализ и объективизация психических нарушений среди населения Казахстана, подвергнувшегося радиационному воздействию, в результате деятельности Семипалатинского ядерного полигона, проведены на группе потомков, рожденных от облученных родителей (доза облучения 200 и более мЗв). Для сравнения результатов анализа основных изучаемых показателей обследованы лица репрезентативной контрольной группы (не подвергавшиеся радиационному воздействию). Установлено, что в основной группе с психическими нарушениями число лиц с низким уровнем когнитивных возможностей достоверно превышало таковое контрольной группы ($p < 0,05$); зарегистрировано достоверно большее число лиц с высоким уровнем личностной тревожности (48%; 16% соответственно. $p < 0,01$); в основной группе так же зарегистрировано большее число лиц по шкале - невротичность, спонтанная агрессивность, застенчивость ($p < 0,01$; $p < 0,05$; $p < 0,05$; $p < 0,05$ соответственно).

Ключевые слова: население, облучение, дозы облучения, потомки, рожденные от облученных родителей, психические нарушения, когнитивные функции, тревожность, пограничные психические расстройства, невротичность, спонтанная агрессивность, застенчивость

Актуальность.

Одно из лидирующих мест в структуре факторов стресса радиационных инцидентов (аварии, катастрофы, испытания ядерного оружия) занимает психологический фактор, связанный с неадекватной информацией и возникновением социально-психологической напряженности, радиотревожности, радиофобии. Воздействие этого фактора определяет высокие уровни соматоформных и психосоматических нарушений, снижение качества жизни и состояния здоровья, возникновение паники и слухов у населения и тесно связано в настоящее время с проблемой информационно-психологической безопасности личности в условиях радиационного риска [1-3]. Так, например, исследование психических расстройств в зоне аварии на ЧАЭС были начаты уже в апреле 1986 г. коллективом сотрудников под руководством Ю.А. Александровского. Было опубликовано значительное количество работ [4-6], в которых авторами установлено, что психические нарушения играют ведущую роль в структуре всех медицинских последствий этой аварии. Отмечен высокий уровень заболеваемости и полиморфизм клинических синдромов у ликвидаторов аварии на ЧАЭС, полисистемность общей патологии, прогрессирующей в отдаленные после аварии сроки.

Испытания ядерного оружия на Семипалатинском полигоне стали значимым психотравмирующим компонентом для населения, проживающего на территориях, прилегающих к полигону. Высокая распространенность пограничных психических расстройств среди населения, значимость социально-психологических факторов в формировании заболеваний, а также отсутствие обобщающих работ по этой проблеме поставили нас перед необходимостью

Цель исследования.

Разработка научно-методологических основ организации медико-психологического мониторинга пограничных психических расстройств среди лиц, рожденных от облученных родителей.

Результаты и обсуждение.

Результаты исследований, проведенных в НИИ радиационной медицины и экологии [7-11] установлена достоверная связь опосредованного радиационного

воздействия с достоверным превышением числа потомков во II поколении, рожденных от облученных родителей, с нарушениями вегетативной регуляции и дисбаланса функционирования адаптационных гормонов. В этой группе также установлены нарушения неспецифической резистентности организма, проявившиеся в «напряжении» физиологического функционирования вегетативной регуляции и адаптационных гормонов. Во всех случаях при оценке индивидуального распределения физиологических градаций нормы по средним показателям вышеуказанных систем жизнедеятельности в этих группах существенно преобладало число лиц или с нижними границами (функциональное состояние связано со снижением показателей), или с верхними границами (функциональное состояние, связанное с повышением показателей). В этих группах компенсаторные реакции формировались механизмами «напряжения» собственных защитных сил и соответствующим формированием отдельных фаз неспецифической резистентности.

Материалы и методы.

На основании полученных данных разработан алгоритм патопсихологической и лабораторно-инструментальной объективизации соматоформных расстройств в группах потомков во II поколении, рожденных от облученных родителей (рисунок 1).

Можно предположить, что при всех равных условиях действие радиационного фактора риска (прямое и опосредованное) вызывает соматические эффекты среди родителей, подвергнувшихся прямому облучению, а опосредованное радиационное воздействие на их потомков в основном формирует дозозологические состояния, связанные с нарушениями (в рамках существующих физиологических норм) в ведущих системах жизнеобеспечения организма, что в свою очередь в сочетании с социально-психологической напряженностью населения, проживающих на территориях, прилегающих к СЯП, создает снижение барьера психической резистентности к условиям внешней среды и формированию соматоформных расстройств (рисунок 2).

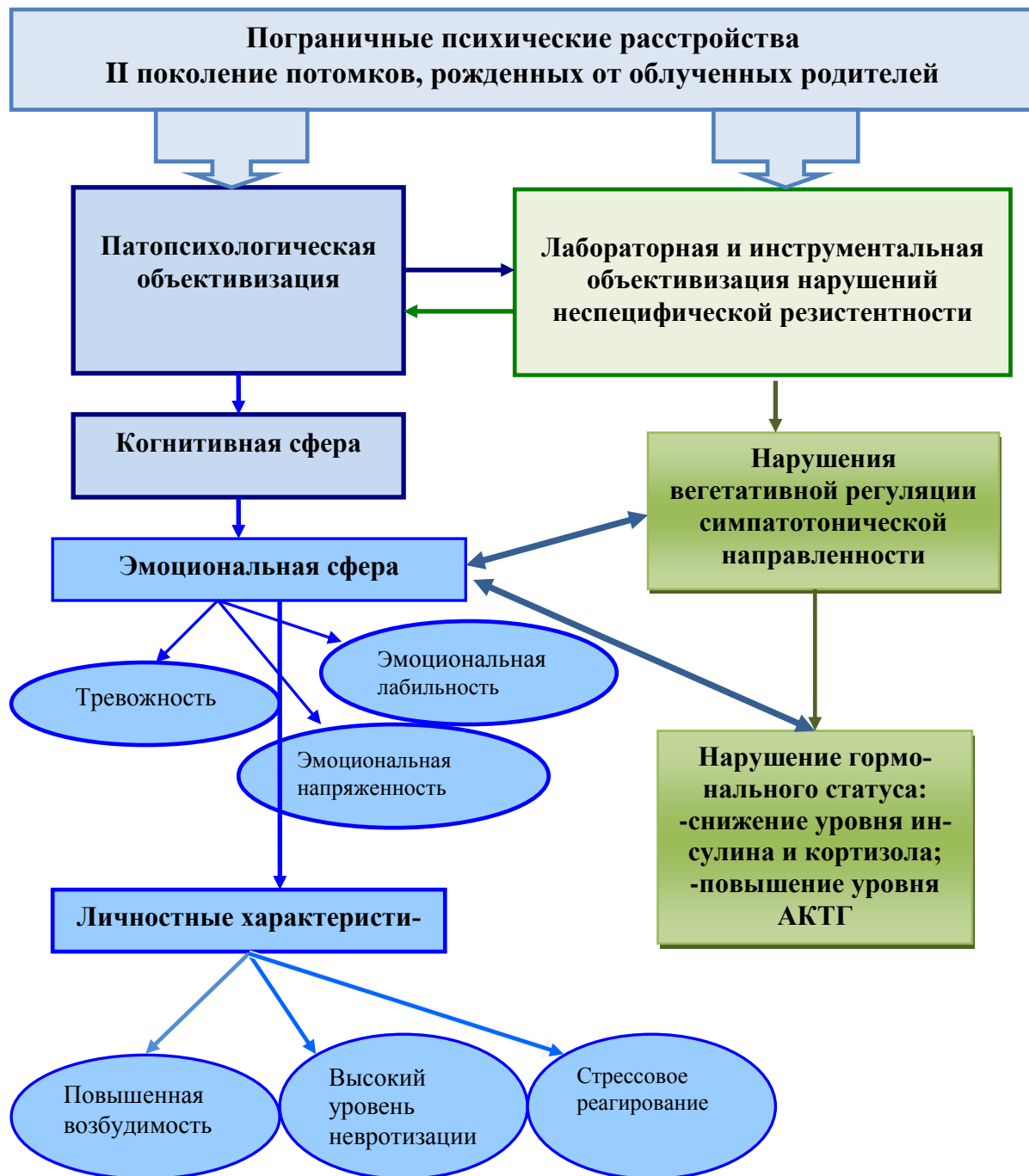


Рисунок 1. Алгоритм патопсихологической и лабораторно-инструментальной объективизации пограничных психических расстройств в группах потомков, рожденных от облученных родителей.

В разработанный нами алгоритм мониторинга ППР среди потомков, рожденных от облученных родителей, были включены все «болевы точки» процесса его формирования (рисунок 3). На первый план выдвигаются наиболее пострадавшие от испытаний ядерного оружия районы ВКО с указанием численного состава, проживающего населения, в том числе, лиц, подвергавшихся радиационному воздействию и их потомков (основные группы) и лиц, прибывших на эти территории после 1992 года. Эта информация необходима, так как техническое сопровождение мониторинга, осуществляемого специалистами ЛПУ региона, при научном сопровождении НИИ радиационной медицины и экологии, ученых ГМУ г. Семей в силу соответствующей финансово-экономической составляющей наиболее эффективно.

Имея в своем распоряжении информацию о численном и возрастном-половом составе групп радиационного риска, представленных потомками II поколения, рожденных от облученных родителей, проживающих на контролируемых территориях, врачи ПМСП выполняют ежегодные скрининговые и специальные обследования, сформированных групп, включающие в себя оценку соматического, психического, неврологического статуса, осмотр врачей-специалистов, лабораторные, инструментальные, биохимические исследования. По результатам проведенных обследований, формируются две представительные группы риска, включающие в себя лиц с органичной патологией и лиц с пограничными психическими расстройствами (собственно ППР).

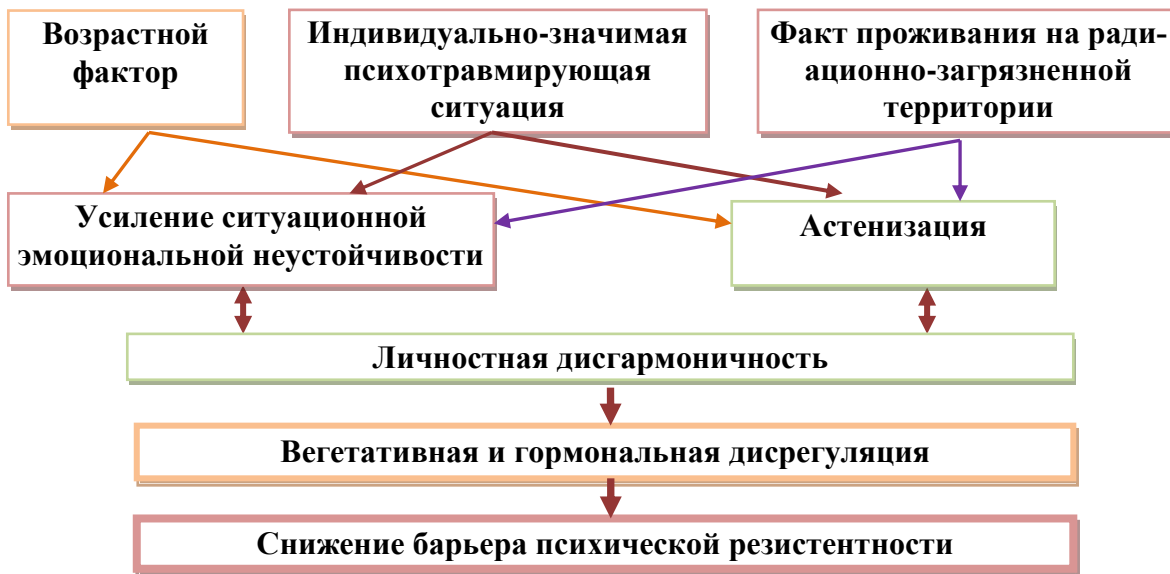


Рисунок 2. Схема формирования предрасположенности к развитию пограничных психических расстройств у лиц, рожденных от облученных родителей.



Рисунок 3. Алгоритм мониторинга потомков во II поколении с ППР, рожденных от облученных родителей на различных этапах диагностики и учета.

В конечном счете, информация по результатам распределения групп радиационного риска с отдельными соматическими заболеваниями и ППР передается в НИИРМиЭ для занесения ее в базу данных Государственного научного медицинского автоматизированного регистра (ГНАМР) населения, подвергавшегося воздействию ионизирующего излучения в результате испытаний ядерного оружия на СИЯП. Такие организационные и технические механизмы необходимы и весьма эффективны, так как позволяют специалистам НИИРМиЭ разрабатывать конкретные рекомендации по профилактике и реабилитации групп радиационного риска с ППР, а специалистам лечебных учреждений внедрять их и проводить профилактические и реабилитационные мероприятия.

Литература:

1. Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., Юров В.В., Мартюшов А.Н. Динамика психической дезадаптации в условиях хронического стресса у жителей районов, пострадавших после аварии на Чернобыльской АЭС // Ж. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, - 1991, Т. 91, вып. 12, - С.3-6.
2. Сединина Н.С., Кузнецов О.И., Червенко Ю.П. Особенности психогенных реакций участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдаленном периоде. // Здоровье семьи - 21 век. – Материалы Y111 Международной научной конференции. – Гоа, Индия, - 2004. – С. 253-254.
3. Baum A., Gatchel R.J., Schaeffer M.A. Emotional, behavioral and physiological effects of chronic stress at Tree Mile Island // J. Consulting Clin. Psychol. 1983. - Vol.51, N 4. - P.565-572.
4. Краснов В.Н. и др. Медицинские последствия Чернобыльской катастрофы в отдаленном периоде. - М., 2001 - С. 37–46.
5. Нягу А.И., Логановский К.И. Нейропсихиатрические эффекты ионизирующих излучений. Киев, - 1998; - 350с.

6. Ветров С.Д. Пограничные психические расстройства у эвакуированных из Припяти (период отдаленных последствий аварии на ЧАЭС). Автореф. диссерт. канд. мед. наук, - Москва, 1996.

7. Чайжунусова Н.Ж., Токанова Ш.Е., Довгаль Г.Д. Результаты исследований здоровья потомков лиц, подвергшихся испытаниям ядерного оружия на СИП. // IV Межд. научно-практ. конф. СГМУ «Экология. Радиация. Здоровье», Семей. - 2010, - С. 246.

8. Buleukhanova R., Apsalikov K., Chaizhunusova N., Muldagaliev T. Vegetative regulation disturbances of functioning visceral systems at exposed persons of the Semipalatinsk nuclear test site. //16 th Hiroshima International Symposium. Hiroshima Black rain and other radiation studies, 2011. – 360 с.

9. Булеуханова Р.Т., Мулдагалиев Т.Ж., Белихина Т.И. Оценка параметров функционирования системы ПОЛ/АОЗ среди потомков, рожденных от облученных родителей и объективизация фаз неспецифических адаптационных реакций организма. // Матер. Респ. науч. конф. «Медико-биологические проблемы адаптации к антропогенным стрессорным факторам и пути их коррекции, посвященная 70-летию юбилею профессора Тапбергенова С.О., ГМУ г. Семей, - 2011, - С. 8-9.

10. Белихина Т.И., Мулдагалиев Т.Ж. Динамика распространности психических расстройств среди населения некоторых районов ВКО в отдаленные сроки после формирования эффективных эквивалентных доз облучения. // Матер. VII Междунар. научно-практ. конфер. «Экология. Радиация. Здоровье», 2011, г.Семей, - С. 15.

11. Мулдагалиев Т.Ж., Масалимов Е.Т., Токанов А.М., Байбусинова Ж.Т. Состояние вегетативного гомеостата среди экспонированного радиацией населения Восточно-Казахстанской области и их потомков в отдаленном периоде после формирования доз облучения. // Вестник ЗОЖ, - № 2, - 2012. - С. 25-28.

Тұжырым

СӘУЛЕ АЛҒАН АТА-АНАЛАРДАН ТУҒАН ТҰЛҒАЛАР АРАСЫНДАҒЫ АРАЛЫҚ ПСИХИКАНЫҢ БҰЗЫЛУЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ – ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ МОНИТОРИНГТІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ ҒЫЛЫМИ -ӘДІСТЕМЕЛІК НЕГІЗІ
Т.М. Молдағалиев

Семей қаласының Мемлекеттік Медицина Университеті

Қазақстан халқының арасында патопсихологиялық сараптама және психикалық ауытқуларды нысандау жұмысы Семей ядролық полигонының қызметі кезінде радиацияның әсеріне ұшыраған сәуле алған ата-аналардан туған (сәуленің мөлшері 200 және мЗв артық) ұрпақ тобына жүргізілді. Негізгі зерттелетін көрсеткіштер сараптамасының қорытындысын салыстыру үшін репрезентативті бақылау тобының тұлғалары (радиацияның әсеріне ұшырамаған) тексерілді. Психикалық ауытқулары бар негізгі топта когнитивтік мүмкіншіліктері төмен деңгейдегі адамдардың саны бақылау тобындағы осындай ауытқулары бар адамдардан нақты жоғары екендігі анықталды ($p < 0,05$); жеке бас үрейі жоғары деңгейдегі адамдар (48%;16% сәйкесінше. $p < 0,01$); саны көп тіркелді; негізгі топта - қозушылық, спонтанды агрессияшылдық, ұялшақтық; санаты бойынша көп адамдар саны тіркелді ($p < 0,01$; $p < 0,05$; $p < 0,05$; $p < 0,05$ сәйкесінше).

Негізгі сөздер: халық, сәуле алу, сәуле мөлшері, ұрпақ, сәуле алған ата-аналардан туған, психикалық ауытқулар, когнитивті функция, үрейлік, аралық психиканың бұзылуының, қозушылық, спонтанды агрессияшылдық, ұялшақтық.

Summary

SCIENTIFICAL AND METHODOLOGICAL BASES OF THE MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL MONITORING ORGANIZATION AT BOUNDARY MENTAL FRUSTRATION AMONG THE PEOPLE BORN FROM IRRADIATED PARENTS
Т.М. Moldagaliev

Semey State Medical University

The pathopsychological analysis and objectification of mental infringements was conducted among East Kazakhstan area population, suffered from radiating influence as a result of nuclear weapon tests in Semey Region spent on descendants group born from irradiated parents (a dose of irradiation 200 mSv and more). In order to compare the analysis of basic studied indicators' results survey was conducted on representative control group (not exposed to radiating influence). It was determined that in the basic group with mental infringements the number of persons with low level cognitive possibilities authentically exceeded the results of control group ($p < 0,05$); it is checked in authentically larger number of persons with high level of personal anxious expression (48 %; 16 % relatively. $p < 0,01$); it was registered larger number of persons in the basic group as on neuroticism scale, spontaneous aggression, shyness, masculinism - feminism ($p < 0,01$; $p < 0,05$; $p < 0,05$; $p < 0,05$ relatively).

Key words: population, irradiation, irradiation doses, the descendants born from irradiated parents, mental infringements, cognition functions, uneasiness, boundary mental frustration, neuroticism, spontaneous aggression, shyness.

УДК: 575.155-612.6.052-614.876

M. Madiyeva, D. Balgobekova, A. Abylgazinova

Semey State Medical University

THE ROLE OF GENE AND STRUCTURAL MUTATIONS IN THE PROGRESS OF RADIATION-INDUCED MUTAGENESIS

Abstract

As realized by mechanisms of carcinogenesis was achieved sufficient progress and compiled huge material that is reflected in selected articles. On a par proto-oncogenes are low-level, their protein products in healthy cellules are participate in regulation of apoptosis processes, proliferation, cell cooperation, regulation of signaling inside the cellule. Radiation effects causing the mutations one of gene allele is factor into neoplastic cellule transformation that cause chromosomal rearrangements and proto-oncogenes amplification. Such mutations studying is represents solitary interest for radiation biology and medicine and enlarging our knowledge in the field of mutagenesis.

Key words: gene mutations, radiation-induced mutagenesis.

In recent years was achieved substantial advance in understanding of carcinogenesis mechanisms. Collected the huge factual material which is testified of identify role of genetic cellule apparatus changes. Collected data were time and again systematized in some articles [1-2]. Basis facts which are confirm the ideas about carcinogenesis as of progressive mutation replenishment process are recited below in alphabetical order and boiling down to the following:

- first of all, most of mutagens are carcinogenesis;
- secondly, in the cellules of malignant tumors are observed numerous locus-specific mutations;
- thirdly, genetic burden to the progress of malignant tumors is based on presence of terminal mutations in specific locus responsible for maintenance of genetic instability;
- the fourth, transgenic animals having the specific mutation of any gene aligned with malignant transformation is characterized with extremely high probability of swelling progress at an early age. Experiments results with such animals are the evidence of mutation role in carcinogenesis process.

Events resulting in swelling uprising are clear on molecular level. It is known that for malignant swelling uprising is necessary from 3 till 7 mutations in prorated genes of the same cellule [3-4].

Genes which take part in carcinogenesis are fall into two classes: oncogenes and genes – suppressor of swellings. Mechanism of its concern in malignant transformation are exactly opposite. Oncogenes are promotes degeneration in the time of expression rising and genes – suppressor in the time of reduction or absolute stopping. In health, oncogenes are in comparatively low-level condition that is way they called proto-oncogenes. Protein product of its genes in health cellules are have a hand in apoptosis regulation processes, proliferation, cell cooperation, regulation of signaling inside the cellule. It is recognized that the number of proto-oncogenes is near to natural limit determining by key point of known biochemical processes in cellules [5]. When the number of its proteins is increase because of mutation of one of gene allele the cellule is exposed to neoplastic transformation. Such active mutations may be the result of chromosomal rearrangement or proto-oncogenes amplification.

Strongest available evidence about the concern of point mutation in oncogenes activation in result of chromosomal rearrangement is formation of Philadelphia chromosome in the time of myeloleucosis. In such a manner the reciprocal translocation 9:22 is registers in 95% of given leucosis cases. Amplification of proto – oncogene is typical for genes of MYC. For example, oncogene NMYS in case of neuro and

retinoblastoma is demonstrates the maximal copy number – to 200 on haploid cellule gene.

Swelling genes suppressors are coding the proteins working as negative regulators of cellular processes such as intracellular signaling. Also, they are regulates transcription, apoptosis, DNA repair etc. For malignant transformation is necessary the abolition of function of output or extinction from the cellule that is caused by mutation of both gene allele. Such mutations are called inactivated. As known if the cellules are unable to find out either DNA damage, for example, in consequence of terminal mutation BRCA-1 BRCA-2 genes, than carrier of such mutation have the progressing of malignant swelling. In the first instance - most probably T- cellular lymphadenoma or leucosis, in the second, mammary cancer. If the cellules are unable to liquidate known DNA damage the result will be the same.

Shining examples are the cases of hereditary polypous colorectal cancer. Terminal mutation is touch on one of unpaired DNA bases genes.

Finally, if the cellules are unable to start process “auto-cide” in the time of DNA damage it is also lead to serious consequences for organism. Its confirmation is the faces with Li-Fraumeni syndrome having the terminal gene mutation p53 which product is occupy central place in apoptosis regulation. Apoptosis abnormality because of p53 mutation is leads to cellules keeping with DNA damage and at long last closely in evitable the uprising of different swellings and most of them at an early age [6].

Altogether, carcinogenesis and radiation induced are presenting as sequential process. At least, point 4 stages: actuation, conversion, progression. Two stages passing are reliant on specific genes mutations and on epigenetic genes changes. Decides, that tumor responses of radiation are connected with mutagenic action at the stage of actuation. Acting on the stage of conversion the ray treatment will aggravate malignant transformation. We may suppose that radiation induced-evoke genome instability can make a contribution to replenishment mutation process which are leads to malignant transformation. At that, the value of its phenomenon may be very big in the time of radiation effects in the small doses.

Therefore, absolute interest represented by the skills of San – Francisco university employees testifying to possible role of radiation induced genome instability in malignant cellules transformation [7].

Authors were exposed to gamma irradiation on the dose of 3 gr. primary culture epithelial cell lacteal gland of mice and than, during 30 generations analyzed the periodicity of chromatid aberration. Rising number of chromatid aberration right after influence was came down to control stage

and then in 15-20 generations began increase and in final total exceed in 1,5 times the aberration number evoking with direct effect of radiation. It is important to note that the effect had depended on hereditary trait of organism. In cell culture BALB/c the instability was well expressed and in the case of C57BL/6 – there wasn't. Notable, that these lines of mice are forceful differs with periodicity of radiation induced cancers of lacteal gland. The mice BALB cancers lines are have considerably larger than on C57BL.

Which the DNA damages in the time of radiation are important for carcinogenesis? Such authoritative international organization as SCAAR UN has lately came to conclusion that the main mechanism by dint of which the radiological damage leads to the malignant swelling progress is loss of critical genes – suppressors [8]. Proto-oncogene activation is supports of less importance role but for some swellings have vital importance. Suppose that radiation induced inactivation of genes – suppressors is derives by the way of deletions and proto-oncogene by the way of point mutation or chromosomal rearrangement. Not any genetics changes specified for radiation induced swellings is not described.

In such a manner, the uprising of malignant swellings is aligned with replenishment of different mutations and possibly, epigenetic changes in somatical cells. There is no room for decide that in the time of ionizing radiation acting the situation is different now. As is known, increased risk of malignant neof ormation progress is one of principal distant radiation exposure. Diagnoses of carcinogenic risk are based on monitoring results of injured due to bombardment of Hiroshima and Nagasaki. More than 50 years has passed from the date of accident but up to now the specialists has no agreement of opinion on many questions and the most principal – about form of dependence dose – effect. Evident, that the reasons of such uncertainty aligned not only with well-known difficulties of epidemiological analyzes but and deficiency of faithful representation about biological mechanisms of carcinogenic activity of ionizing radiation in low doses. Currently, radiobiological community in the name of official organizations, such as SCAAR, US Department of Energy is agrees with linear dependence for induction of solid tumors and linear-quadratic for leucosis. Here with, checks out that these dependences are more or less acceptable compromise with today knowledge level [9].

Biggest disputes offers the field of low doses where according to some reports possible more high output of malignant swellings on dose unit than in the time of big doses [10].

There is just the opposite assumption about the existence of boundary carcinogenic activity of ionizing radiation [11].

Solution to a question about the dependence form dose – effect have principal value and far-reaching consequences just as theoretical as and practical attitude.

For example, predicted numbers of cancerous diseases associated by Chernobyl accident differs more than 10 times by estimate in using of different mathematical models [12]. While we can take note that today's knowledge is not enough for exact process understanding which are happens in the time of ionization radiation in low doses acting. Therefore tumor responses of ray treatment are intricately to estimate and predict. Apparently, molecular mechanisms researches of carcinogenesis and singularities of this process in the time of ionization radiation in low doses acting is promising approach to assist the decision of the problem. Take into account the key role of the mutation in malignant transformation one must admit that mutation researching in body cells is presenting one of these approaches.

Ionizing radiation is considers as universally mutagen. Experimental researches on plants and animals have indicated that radiation may induce the hereditary effects and

unlikely, that people are the exclusion in this case. For estimation of genetic risk are using two assumptions:

1) that 7 "specific" gene locus are composing appropriate basis for extrapolation on genetic abnormalities by people;

2) that inherited mutations are induces by radiation damages in genome with linear dose dependence.

There is noting the next at the report of MCRD [13]: "There are still no direct evidences that radiation of parents is comes to abundance of hereditary diseases. Commission is attests that there are the evidences of hereditary genetic effects of radiation by animals. Therefore the Commission is continuing to include risk of hereditary genetic effects in radiological defense system". Researches on mice are continue using for estimation of genetic risks in view of evidence deficiency by people that hereditary mutations are causing genetic effects of posterity. Finally, there is similar and final conclusion on the page 154 [13]: "there are no direct evidences conditioned with radiation of inherited abnormalities, the facts on experimental animals are provides unanswerable reasons to continue using genetic approaches for estimation of these risks".

There is no reliable information about inherited genetic effects by people with radiation of parents: "Many epidemiological researches were unable to find out the evidences of radiation effects by parents before impregnation as with the descendants which are survived after the atomic bombing in Japan so and with workers which were exposed to radiation. We haven't found the conclusive evidence pointing out that ionizing radiation may to eventuate implementing the increase of childhood cancers incidents". It is clear, that if the effect will induced with rate of 0,2 – 0,5% of ambient level even for dose of 1 gr. than epidemiology of small and average doses will require the unreal size of cohort. In this results began the search of more sensitive methodical approaches which in 1999 were realized in the mutation research in minisatellite DNA repeats [15-16].

Tandem DNA repeats (satellites) are components of all eukaryotic genomes. In terms of length differs microsatellites (2-6 pairs of basis) and minisatellites (6-100 pairs of basis and more). Usually, the minisatellites equences are tops from 500 to several thousands of pair basis. Because of polymorphism endwise being the result of variations in repeat numbers and some of satellites ability to range in the time of cross hybridization with tenner of other locus in genome the minisatellites may by individually identified on DNA-fin-gerprints [16-17].

Micro – and minisatellites are not encoding the succession that's why for them is signify the selective neutrality. Exact functions of minisatellites are not educed through and through. Nevertheless, there are assumptions of mechanisms because of which the satellite repeats are participates in the work of coding genes [18] changing the allied genes expression.

Since the advent of radiation genetic of man (researches beginning in Japan) 60 years have passed. Nevertheless, there are no any unambiguous data about registered hereditary genetics effects by people. As the alike effects time and again proved for other objects of animality and the human is shouldn't be exclusion, it is confesses that relating to human cohorts inherited changes by descendants of radiation parents may escape analyses. That is caused by following factors:

- Low mutation rate of coding genes by mammals (about 10^6 on the gene in generation);

- High accumulated basal level of mutation changes in human population on the back of which is difficult to find out small increases of exponent for radiation cohorts;

- Singularities of oligocarpous pregnancy by large mammals (and human) in the time of which the genetic

anomalies are eliminated on at early progress stages and inaccessible for register.

All that makes low-probability identification over the back of exponent increase which would expect with any real selection of radiation people descendants. Need very big cohorts counting tenner- hundreds thousands of children even with the doses by parents from above small (small doses – to 0,1 gr., according to ICRD and BEIR, ant to 0,2 gr. according to SCAAR). According to standardize world estimated risk of hereditary violations and pathologies with the radiation of parents in the dose of 1 Gr. the assessed risk is amount from 0,2% to 0,54 % over the ambient level of exponent [19-20].

Current idea about the genetic sequels of ionizing radiation action on body cell of human in-vivo is based on the results of cytogenetic analysis of structural mutations. At once, virtually from the date of formation of radiation genetics the radiation effect is induced many genetic material changes which are unable to be identified by dint of cytogenetic methods – mutations in single genes locus. For these reasons the radiation of such mutations is represents the solitary interest for radiation biology and enlarge our knowledge in the field of radiation mutagenesis.

However, until quite recently, the information about induce of gene mutation in body cells of irradiated persons was restricted HRPT – locus because of deficiency of other methodical possibilities. Progressing of molecular and cellular biology is considerable extending the methodical base for studying of somatic mutagenesis in similar locus.

In the next reviews will enumerate known researching methods of gene mutations in body cells of human which are admits to carry on investigation of big contingents.

References:

1. Копнин Б.П. Мишени действия онкогенов и опухолевых супрессоров: ключ к пониманию механизмов канцерогенеза // Биохимия.-2000.-Т.65.-№1-С.5-33.
2. Татосян А.Г. Онкогены // Канцерогенез / Под ред. проф. Д.Г. Заридзе. – М.: Научный мир, 2000. – С. 57-74.
3. Koterov A.N. genomic instability at exposure of low dose radiation with low LET. Mythical mechanism of unproved carcinogenic effects. // Int.J. Low Radiation, 2005, 1, No 4. - P. 376-451.
4. Steen H.B. The origin of oncogenic mutations: where is the primary damage? // Carcinogenesis. – 2000.-V.21. - No 10. - P. 1773-1776.
5. Иванов И.В. Исходная реактивность организма и радиационные воздействия в малых дозах. – М.: изд-во РМАПО, 2010. – 272 с.
6. Wang X.W. Role p53 and Apoptosis in Cancer genesis // Anticancer Research. – 1999. - V.19. - P. 4759-4771.
7. Ponnaiya B., Comforth M. Induction of chromosomal instability in human mammary cells by neutrons and gamma-rays // Radiat. Res. - 1997.- V. 147.- P. 288-294.

8. United Nations. UNSCEAR 2006. Report to the General Assembly, with Scientific Annexes. Annex C. Non-targeted and delayed effects of exposure to ionizing radiation. United Nations, New York, 2009, P. 1-79.

9. United Nations Scientific Committee on the Effects of Atomic Radiation (UNSCEAR). Effects of Ionizing Radiation. UNSCEAR 2006 Report to the General Assembly, with scientific annexes. — United Nations, New York, 2008.

10. Preston D.L., Ron E., Tokuoka S. et al. Solid cancer incidence in atomic bomb survivors: 1958-1998. // Radiat. Res. - 2007. - V. 168.-No 1.- P.1-64.

11. Рождественский Л.М. Концепция биологического действия ионизирующей радиации низкого уровня (анализ проблемы в аспектах пороговости эффектов и радиочувствительности) // Радиационная биология. Радиозэкология.- 1999.- Т. 39. №1.- С. 81-109.

12. Dauer L.T., Brooks A.L., Hoel D.G. et al. Review and evaluation of updated researches on the health effects associated with low-dose ionizing radiation // Radiat. Prot. Dosim., 2010, 140, No. 2. P. 103-136.

13. ICRP Publication 103. The 2007 Recommendations of the International Commission on Radiological Protection. Annals of the ICRP. Ed. by I. Valentin. Amsterdam — New-York: Elsevier, 2007, 329 p.

14. Committee on Medical Aspects of Radiation in the Environment (COMARE). Seventh Report (2002). Parents occupationally exposed to radiation prior to the conception of their children. A review of the evidence concerning the incidence of cancer in their children. Ed. by Crown. Produced by the National Radiological Protection Board. 2002, 86 p.

15. Jeffreys A.J., Bois P., Buard J. et al. Spontaneous and induced minisatellite instability // Electrophoresis, 1997, 18, No. 9, P. 1501-1511.

16. Dubrova Y.E., Nesterov V.N., Krouchinsky N.G. et al. Human minisatellite mutation rate after the Chernobyl accident. // Nature, 1996, 380, No. 6576, P. 683-686.

17. Vergnaud G., Denoeud F. Minisatellites: Mutability and genome architecture // Genome Res., 2000, 10, No. 7, P. 899-907.

18. Котеров А.Н., Бирюков А.П. Дети участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции. Сообщения 2. Частота отклонений и патологии и их связь с нерадиационными факторами // Медицинская радиология и радиационная безопасность, 2012, Том 57. № 2.

19. United Nations. UNSCEAR 2006. Report to the General Assembly, with Scientific Annexes. Annex C. Non-targeted and delayed effects of exposure to ionizing radiation. United Nations, New York, 2009, P. 1-79.

20. ICRP Publication 103. The 2007 Recommendations of the International Commission on Radiological Protection. Annals of the ICRP Ed. by I. Valentin. — Amsterdam — New-York: Elsevier, 2007. 329 p.

Резюме

РОЛЬ ГЕННЫХ И СТРУКТУРНЫХ МУТАЦИЙ В РАЗВИТИИ РАДИАЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННОГО МУТАГЕНЕЗА

М. Мадиева, Д. Балгобекова, А. Абылгазинова

Государственный медицинский университет города Семей

В понимании механизмов канцерогенеза достигнут достаточный прогресс и собран огромный фактический материал, что нашло свое отражение в ряде сборных статей. В норме протоонкогены малоактивны, их белковые продукты в здоровых клетках участвуют в регуляции процессов апоптоза, пролиферации, межклеточного взаимодействия, регуляции передачи сигналов внутрь клетки. Радиационное воздействие, вызывая мутации одного из аллелей гена, приводит к неопластической трансформации клетки, что вызывает хромосомные перестройки или амплификацию протоонкогена. Изучение таких мутаций представляет отдельный интерес для радиационной биологии и медицины, и расширяет наши знания в области мутагенеза в целом.

Ключевые слова: *генные мутации, радиационно-индуцированный мутагенез, онкоген.*

Тұжырым
РАДИАЦИЯЛЫҚ – ИНДУЦИРЛЕНГЕН МУТАГЕНЕЗДІҢ ДАМУЫНДАҒЫ ГЕНДІК
ЖӘНЕ ҚҰРЫЛЫМДЫҚ МУТАЦИЯЛАРДЫҢ РОЛІ

М. Мадиева, Д. Балгобекова, А. Абылгазинова

Семей қаласының Мемлекеттік медициналық университеті

Канцерогенездің механизмдерін түсінуде жеткілікті прогреске жетті және үлкен нақты материалдар жиналды, ол бірнеше жинақталған мақалаларда көрініс тапты. Протоонкогендер нормада аз бөлсенді, олардың ақуыз өнімдері сау ағзалары апоптозда, пролиферацияда, ағзааралық өзара әрекеттесулер процесстерін реттеуге, ағза ішіндегі дабылдарды жіберуді реттеуге қатысады. Радиациялық әсер геннің аллелдерінің біреуінде мутациясын шақыра отырып, ағзаның неопластикалық трансформациясына әкеледі, ол хромосомалық қайта құруға немесе протоонкогеннің ампликациясына ұшырайды. Осындай мутацияларды зерделеу радиациялық биология мен медицина үшін жеке қызығушылық танытады және жалпы мутагенез саласындағы біздің білімімізді кеңейтеді.

Негізгі сөздер: генетикалық мутациялар, радиациялық-индукциялық мутагенез, онкогендер.

УДК 616.12-008.331.1-616.12+303.423

А.С. Керимкулова, А.М. Маркабаева, Г.А. Ергазина, М.К. Адиева, Л.М. Пивина

**Государственный медицинский университет города Семей,
 Поликлиника смешанного типа №1, г. Семей**

**ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТОЛЩИНЫ СТЕНКИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА
 ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУППАХ**

Аннотация

В последние годы при исследовании артериальной гипертензии, большое внимание обращается на ремоделирование сердечно-сосудистой системы. При изучении артериальной гипертензии (АГ), отмечено, что происходит прежде всего ремоделирование левого желудочка сердца, связанное не только с возрастом, но и с этнической принадлежностью.

Методы и результаты. Проведено ретроспективное исследование случай-контроль, по данным патолого-анатомических протоколов вскрытий, проведенное в г.Семей Республики Казахстан умерших за 13 лет, страдавших при жизни артериальной гипертензией.

Выводы. Имеются возрастные различия среди групп умерших, более молодой возраст отмечен в группе казахской популяции, в сравнении с русской популяцией. ГЛЖ I степени выражено в большей степени в группе казахской популяции (65,1%) по сравнению с русской (49,3%). ГЛЖ II степени выражено в большей степени в группе русской популяции (50,4%) по сравнению казахской (34,2%). Отмечены этнические различия в толщине стенки левого желудочка, более выраженные в группе русской популяции. В возрастной группе 40-49 лет различий по толщине стенки левого желудочков по национальному признаку не выявлено. В возрастной группе 50-59 лет выявлены различия по толщине стенки левого ($p < 0,025$) желудочков по национальному признаку, более выраженные в группе русской национальности по сравнению казахской.

Ключевые слова: патологоанатомическое исследование, артериальная гипертензия гипертрофия левого желудочка, гипертрофия правого желудочка, этническая принадлежность, ремоделирование.

В последние годы при исследовании артериальной гипертензии, большое внимание обращается на ремоделирование сердечно-сосудистой системы. При изучении артериальной гипертензии (АГ), отмечено, что происходит, прежде всего, ремоделирование левого желудочка сердца, связанное не только с возрастом, но и с этнической принадлежностью.

Материал и методы исследования. Проведено ретроспективное исследование случай-контроль, по данным патологоанатомических протоколов вскрытий, проведенное КГКП «Патологоанатомическое бюро» г.Семей Восточно-Казахстанской области республики Казахстан и Семейского филиала РКП «Центр судебной медицины Министерства здравоохранения Республики Казахстан» умерших за 13 лет (начиная с 1999 года по 2011 годы), страдавших при жизни артериальной гипертензией.

В группу включения для проведения анализа вошли, данные протоколов вскрытия умерших остро в результате нарушения мозгового кровообращения, смерти от

острого инфаркта миокарда в течение суток, смерть при острой хирургической патологии органов брюшной полости. Критериями не включения в анализируемую группу были: наличие заболевания органов дыхания, пороки сердца, ожирение, сердечная недостаточность. Таким образом, были отобраны протоколы вскрытий умерших, у которых при жизни, помимо АГ, не было сопутствующей патологии, самостоятельно приводящей к ремоделированию правого желудочка. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета прикладных программ (ППС) STATISTICA фирмы StatSoft Inc. (США).

Всего было отобрано 537 протоколов вскрытия, из них составили мужчины – 223 (42%), женщины – 314 (58%).

Для проведения анализа имеющих данных в исследуемой группе взяты следующие значения, определяющие параметры левого и правого желудочка на момент вскрытия. За нормальную толщину стенки левого желудочка (без папиллярных мышц)

принимались значения: 0,7-1,2 см, правого желудочка – 0,2-0,3 см [1]. Гипертрофия стенок ЛЖ и ПЖ условно была разделена на 2 степени: гипертрофия левого желудочка: I степень – 1,3-2,0 см, II степень – 2,1 и более; гипертрофия правого желудочка: I степень – 0,4-0,6 см, II степень – 0,7 см и более.

Результаты и обсуждение.

Изучение процессов ремоделирования сердца вызывает большой интерес у исследователей, занимающиеся вопросами развития артериальной гипертензии (АГ). Несомненен факт и значимость показателя отражающего увеличение величины миокарда левого желудочка. Так, частота выявления гипертрофии миокарда при артериальной гипертензии, по данным Фремингемского исследования, достаточно велика и составляет 30% [5].

Проведенный нами анализ данных протоколов вскрытий 537 умерших внезапно лиц, средний возраст составил 57,61±12,81 (из них составили мужчины – 223 (42%), женщин – 314 (58%)), страдавших артериальной гипертензией, показал что, имеются различные изменения параметров левого желудочка сердца в зависимости от степени их гипертрофии и национальной принадлежности.

При проведении анализа изучаемых параметров по этническому признаку (рис.1), основными группами были русские (68%, 365 человек), казахи (28%, 149 человек), прочие национальности (4%, 23 человек).

Распределение групп по этническому признаку

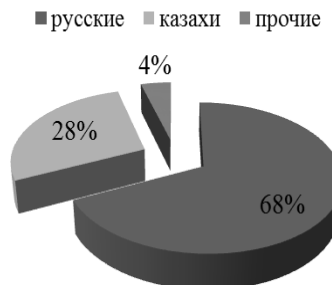


Рисунок 1. Распределение исследуемой группы по этническому признаку.

В таблице №1 представлены возрастные показатели рассматриваемых групп.

Таблица №1.

Возрастные показатели в зависимости от этнического признака.

	N набл.	Среднее	Доверит. -95%	Доверит. +95%	Медиана	Нижняя квартиль	Верхняя квартиль	Стд. откл.	Станд. ошибка
В целом по группе	537	57,61	56,52	58,70	56,00	49,00	67,00	12,81	0,55
Русская популяция	365	60,92	59,61	62,23	59,00	52,00	71,00	12,72	0,67
Казахская популяция	149	49,62	48,09	51,14	50,00	44,00	55,00	9,41	0,77

Различия по критерию Колмогорову-Смирнову выявлены в целом по национальному признаку (p<0,001). При проведении анализа возрастного аспекта рассматриваемых групп было показано, что средний возраст казахской популяции значительно моложе в сравнении с русской популяцией. При изучении параметров изменений толщины стенки левого желудочка выявлено, что нормальные параметры левого желудочка выявлено в 3 случаях (0,6% в целом по группе, у 1 из

казахской популяции, у 1 из русской популяции, у 1 из прочих). ГЛЖ I степени в целом по группе определялось в 291 случаях (54,2%), в русской популяции в 180 случаях (49,3%), в казахской популяции в 97 случаях (65,1%). ГЛЖ II степени в целом по группе определялось в 243 случаях (45,2%), в русской популяции в 184 случаях (50,4%), в казахской популяции в 51 случаях (34,2%). На рис.2 представлены изменений толщины стенки левого желудочка по этническому признаку.



Рисунок 2. Изменение толщины стенки левого желудочка в зависимости от этнической принадлежности.

Многоцентровые крупномасштабные исследования завершённые в последние годы доказали значимость ГЛЖ, как независимого предиктора риска смерти и сердечно-сосудистых осложнений при артериальной гипертензии [3; 8], который не зависит от уровня артериаль-

ного давления (АД), возраста и других факторов [2; 4; 7]. Представленные сведения продемонстрировали высокую распространенность и важность ГЛЖ при АГ. Наши сведения подтверждают эти данные (таблица №2).

Таблица №2.

Показатели толщины стенки левого желудочка в зависимости от этнического признака.

	N набл.	Среднее	Доверит. -95%	Доверит. +95%	Медиана	Нижняя квартиль	Верхняя квартиль	Стд. откл.	Станд. ошибка
В целом по группе	537	2,11	2,07	2,15	2,00	1,80	2,50	0,44	0,02
Русская популяция	365	2,15	2,11	2,20	2,10	1,80	2,50	0,44	0,02
Казахская популяция	149	2,01	1,95	2,08	2,00	1,70	2,50	0,41	0,03

Различия по толщине стенки левого желудочка по критерию Колмогорова-Смирнова выявлены в целом по национальному признаку ($p < 0,005$).

В литературе отсутствует единое мнение о распространенности ГЛЖ, возрастные же аспекты процессов ремоделирования изучены недостаточно, многие из материалов представляют данные, касающиеся только отдельных возрастных групп, поэтому представленная работа имеет важные сведения, в дополнении к имеющейся сегодня информации.

Учитывая такое значимое различие, группы были стандартизированы по возрасту 40-49 лет и 50-59 лет. Изучались параметры отражающие процессы ремоделирования сердца при артериальной гипертензии: толщина стенки левого.

В возрастной группе 40-49 лет: русская популяция составила 51 случаев, казахская 49 случаев. Различий по толщине стенки левого желудочка по национальному признаку не выявлено (рис.3). Тогда как в возрастной группе 50-59 лет различия выявлены по показателю толщины стенки левого желудочка по критерию Колмогорова-Смирнова ($p < 0,025$), русская популяция составила 117 случаев, казахская 59 случаев (рис.4).

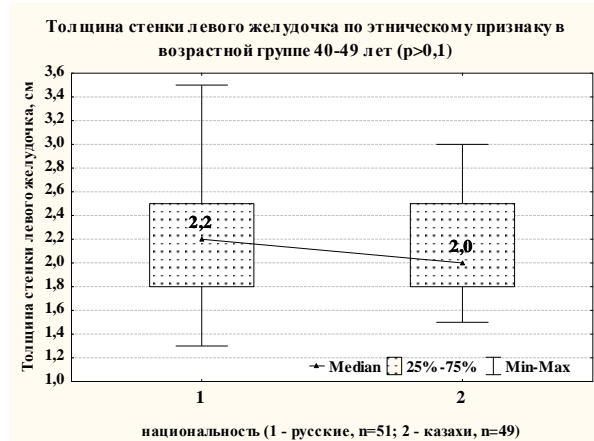


Рисунок 3. Показатели толщины стенки левого желудочка у больных артериальной гипертензией в зависимости от этнического признака возрастной период 40-49 лет.

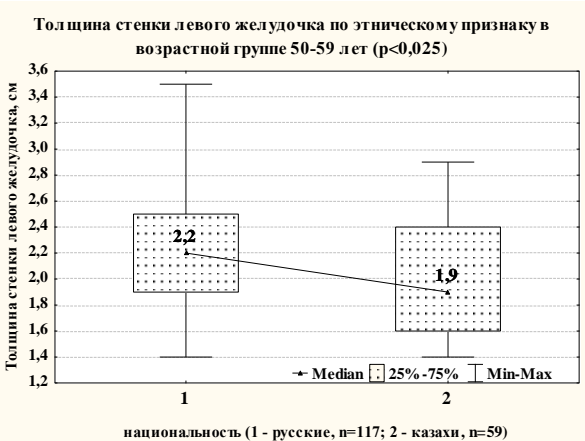


Рисунок 4. Показатели толщины стенки левого желудочка у больных артериальной гипертензией в зависимости от этнического признака в возрастной период 50-59 лет.

При изучении показателей толщины стенки левого желудочка при различной степени гипертрофии левого

желудочка различия по национальному признаку статистически недостоверны.

Таблица №3.

Показатели толщины стенки левого желудочка при различной ее степени гипертрофии в зависимости от национального признака.

	В целом по группе	N	Русские	N	казахи	N	
норма		3					
ГЛЖ 1 степени	1,77±0,20	291	1,78±0,20	180	1,76±0,19	97	p=0,42
ГЛЖ 2 степени	2,53±0,24	243	2,53±0,24	184	2,51±0,22	51	p=0,59
ГПЖ при ГЛЖ 1 степени	0,56±0,26	291	0,60±0,26	180	0,50±0,22	97	p=0,0014
ГПЖ при ГЛЖ 2 степени	0,97±0,40	243	0,97±0,40	184	0,97±0,43	51	p=1,0

В результате проведенного исследования были сделаны следующие **Выводы:** Имеются возрастные различия среди групп умерших, более молодой возраст отмечен в группе казахской популяции, в сравнении с русской популяцией.

1. В группе умерших больных артериальной гипертензией имели место случаи отсутствия ГЛЖ (0,6%).

2. ГЛЖ I степени выражена в большей степени в группе казахской популяции (65,1%) по сравнению с русской (49,3%).

3. ГЛЖ II степени выражена в большей степени в группе русской популяции (50,4%) по сравнению с казахской (34,2%).

4. Отмечены этнические различия в толщине стенки левого желудочка, более выраженные в группе русской популяции.

5. В возрастной группе 40-49 лет различий по толщине стенки левого желудочка, массе миокарда по национальному признаку не выявлено.

6. В возрастной группе 50-59 лет выявлены различия по толщине стенки левого ($p < 0,025$), массе миокарда ($p < 0,05$) по национальному признаку, более выраженные в группе русской национальности по сравнению с казахской.

Литература:

1. Абрикосов А.И. Основы частной патологической анатомии // Медгиз. – 1946. – С.53-58.
 2. Флоря В.Г. Роль ремоделирования левого желудочка в патогенезе хронической недостаточности кровообращения // Кардиология. – 1997. – № 5. – С. 63-70.
 3. Bots M.L., Nikitin Y., Salonen J.T., et al. Left ventricular hypertrophy and risk of fatal and non-fatal stroke. EUROSTROKE: a collaborative study among research centres in Europe//J Epidemiol Community Health. – 2002. - Vol. 56 Suppl 1. - p. 8-13.

4. Devereux R., De Simone G., Ganau A. et al. Left ventricular hypertrophy and geometric remodeling in hypertension: stimuli, functional consequence and prognostic implications // J. Hypertension. – 1994. – Vol. 12. – p. 117-127.

5. Kannel W.B., Cobb J. Left ventricular hypertrophy and mortality—results from the Framingham Study// Cardiology. – 1992. - Vol. 81(4-5). - p. 291-298.

6. Korner I., Lennings C. Assessments of prevalence of left ventricular hypertrophy in hypertension // J. Hypertension. – 1998. – Vol. 16. – P. 715-723.

7. Roman M. J.; Pickering Th.G.; Pini R., et al. Prevalence and Determinants of Cardiac and Vascular Hypertrophy in Hypertension//Hypertension. – 1995. - Vol.26. - p. 369-373.

8. Tumuklu MM, Erkorkmaz U, Ocal A. The impact of hypertension and hypertension-related left ventricle hypertrophy on right ventricle function //Echocardiography. - 2007 Apr. -24(4):374-84.

Тұжырым

АРТЕРИАЛДЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ КЕЗІНДЕ СОЛ ҚАРЫНША ҚАБЫРҒАСЫНЫҢ ҚАЛЫҢДЫҒЫН ӘРТҮРЛІ НӘСІЛДЕР АРАСЫНДА ЗЕРТТЕУ

А.С. Керімқұлова, А.М. Марқабаяева, Г.А. Ергазина, М.К. Адиева, Л.М. Пивина
 Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті,
 Аралас үлгідегі емхана №1

Соңғы жылдары артериалдық гипертензияны зерттеуде жүрек-тамыр жүйесінің ремоделденуіне мән берілуде. Артериалдық гипертензияны (АГ) зерттеуде жасқа және нәсілге байланысты сол қарыншаның ремоделденуі жүреді.

Тәсілдер мен нәтижелер. Жағдай-бақылау ретроспективті зерттеуі Қазақстан Республикасы Семей қаласындағы артериалдық гипертензиямен ауырған науқастардың 13 жылдағы патологиялық анатомиялық хаттамалары мәліметтері бойынша жүргізілді.

Қорытынды. Қайтыс болғандар арасында жас ерекшеліктері байқалады, орыстарға қарағанда қазақтар арасында ерте жас байқалды. Сол қарыншаның гипертрофиясының I дәрежесі қазақтарда (65,1%) орыстарға (49,3%) қарағанда жиі. СҚГ орыстарда (50,4%) қазақтарға (34,2%) қарағанда айқын. Сол қарынша қалыңдығының нәсілге байланысты айырмашылықтары анықталды. 40-49 жас аралығында сол қарынша қабырғасының қалыңдығы бойынша нәсілге байланысты айырмашылық байқалған жоқ. 50-59 жас аралығында сол қарынша қабырғасы қалыңдығы бойынша ($p < 0,025$) орыстарда қазақтарға қарағанда айқын өзгерістер байқалды.

Негізгі сөздер: патологиялық анатомиялық зерттеу, артериалдық гипертензия сол қарыншаның гипертрофиясы, оң қарынша гипертрофиясы, нәсілге жатуы, ремоделдену.

Summary

STUDY OF INDICATORS WALL THICKNESS OF THE LEFT VENTRICULAR ARTERIAL HYPERTENSION DIFFERENT ETHNIC GROUPS

A.S. Kerimkulova, A.M. Markabayeva, G.A. Ergazina, M.K. Adyeva, L.M. Pivina
 Semey State Medical University,
 Mixed type hospital №1, Semey

In recent years the study of arterial hypertension, attention is drawn to the remodeling of the cardiovascular system. In the study of arterial hypertension (AH), observed that occurs primarily remodeling of the left ventricle of the heart, connected not only with age, but also with ethnicity.

Methods and results. A retrospective case-control study, according to the autopsy reports of autopsies carried out in the Republic of Kazakhstan Semey dead for 13 years, suffered during the life of arterial hypertension.

Conclusions. There are age differences among the groups of the dead, the younger age group occurred in the Kazakh population, compared to the Russian population. LVH I raising more pronounced in the group Kazakh population (65,1%) compared with the Russian (49,3 %). LVH II degree more pronounced in the group of Russian population (50,4 %) compared to the Kazakh (34,2 %). Marked ethnic differences in the thickness of the wall of the left ventricle, more pronounced in the group of Russian population. In the age group 40-49 years, the differences in wall thickness of the left ventricle based on nationality was not revealed. In the age group 50-59 years, revealed differences in the thickness of the wall of the left ($p < 0.025$) of the ventricles on a national basis, more pronounced in the group of Russian nationality over the Kazakh.

Key Words: pathoanatomical research, hypertension, left ventricular hypertrophy (LVH), ethnicity, remodeling.

УДК 616.155.163-613.2

А.С. Керімқұлова, А.М. Марқабаетова, Г.К. Турдунова, Г.А. Ергазина

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті,
Аралас үлгідегі емхана №1, Семей қ.

МИКРОНУТРИЕНТТЕР МЕН ГЕМОГЛОБИН КӨРСЕТКІШТЕРІН ЗЕРТТЕУ

ТҰЖЫРЫМ

Семей қаласы ұлттық салауатты тамақтану орталығының қызметкерлері «Саламатты Қазақстан» бағдарламасы аясында ұрпақ өрбіту жасындағы әйелдер мен 6-59 ай аралығындағы балалар арасында микронутриенттермен қамтамасыз етілуі бойынша мониторинг жүргізілді.

Материалдар мен әдістер: Зерттеуге іріктеу кездейсоқ кластерлі әдіспен, әр кластерде 5 жасқа дейінгі 20 бала мен ана (20 ұрпақ өрбіту жасындағы әйелдер), яғни 85 бала мен 82 әйел алынды. Әрбір әйелдің зерттеуге қатысуға келісімі алынған соң, қандағы гемоглобин мөлшері анықталып, микронутриенттер мөлшерін анықтау үшін қан және несеп алынды.

Қорытынды: Осы мәліметтерді терең зерттей отырып, алдын алу шараларын жүргізу керектігін көреміз. Осы зерттеу кезінде халықтың салауатты тамақтану және тағамдардың құндылығы туралы көп сұрақтарды біле бермейтіні анықталды.

Негізгі сөздер: гемоглобин, фолий қышқылы, А дәрумені, салауатты тамақтану

Маңыздылығы

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы мәліметтері бойынша адамның денсаулығы 50-60% тамақтану мен өмір сүру салтына байланысты. Қазіргі уақытта адам денсаулығына қауіпті факторларға тамақтану жеткіліксіздігі, артық салмақ, микронутриенттер жеткіліксіздігі, маскүнемдік, жоғары қан қысымы, тағамдар мен судың төмен сапасы, қан құрамындағы холестериннің жоғары мөлшері жатады (Шарманов Т.К., 2010).

Мақсаты: Семей қаласы ұлттық салауатты тамақтану орталығының қызметкерлері «Саламатты Қазақстан» бағдарламасы аясында ұрпақ өрбіту жасындағы әйелдер мен 6-59 ай аралығындағы балалар арасында микронутриенттермен қамтамасыз етілуіне мониторинг жүргізу.

Материалдар мен әдістер

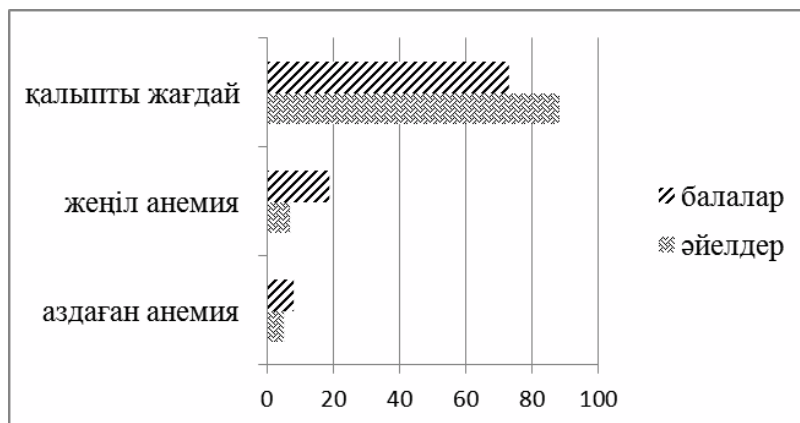
Зерттеуге іріктеу кездейсоқ кластерлі әдіспен, әр кластерде 5 жасқа дейінгі 20 бала мен ана (20 ұрпақ өрбіту жасындағы әйелдер), яғни 85 бала мен 82 әйел алынды. Әрбір әйелдің зерттеуге қатысуға келісімі

алынған соң, қандағы гемоглобин мөлшері анықталып, микронутриенттер мөлшерін анықтау үшін қан және несеп алынды.

Нәтижелер мен талдау

Қанның құрамындағы гемоглобин мөлшері (г/дл) бойынша әйелдер мен балалардағы анемия анықталды. 6-59 ай аралығындағы балалар мен әйелдер үшін ауыр дәрежелі анемия гемоглобин мөлшері 7 г/дл төмен, орташа дәрежелі анемия 7-9,9 г/дл, жеңіл дәрежелі 10-10,9 г/дл, балалар үшін анемияның болмауы гемоглобин 11 г/дл артық, жүкті әйелдер үшін 11 г/дл артық, жүкті емес әйелдерге 12 г/дл.

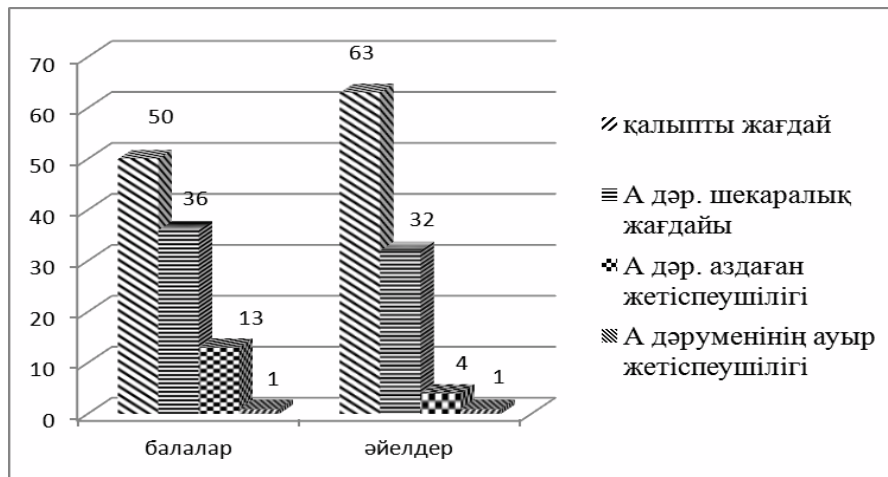
Тексерілгендер арасында ауыр анемиямен науқастар анықталған жоқ (сурет 1), әйелдер арасында анемияның жеңіл және орташа дәрежесі 12%, балаларда 27% кездесті. Анемия құрамында темірге бай тағамдармен алдын алуға және емдеуге болатын аурулар қатарына жатады.



Сурет 1. Қан құрамындағы гемоглобин мөлшері.

А дәрумені мен А дәруменінің жеткіліксіздігін анықтауда қан сарысуындағы ретинол мөлшерін қолданады (мкг/дл). А дәруменінің қалыпты деңгейі 30 мкг/дл жоғары мөлшер, шекаралық деңгей 20-30

мкг/дл, аздаған жеткіліксіздік 10 - 20 мкг/дл, ауыр жетіспеушілікке 10 мкг/дл төмен мөлшерді жатқызады. А дәруменінің мөлшері 2 кестеде көрсетілген.

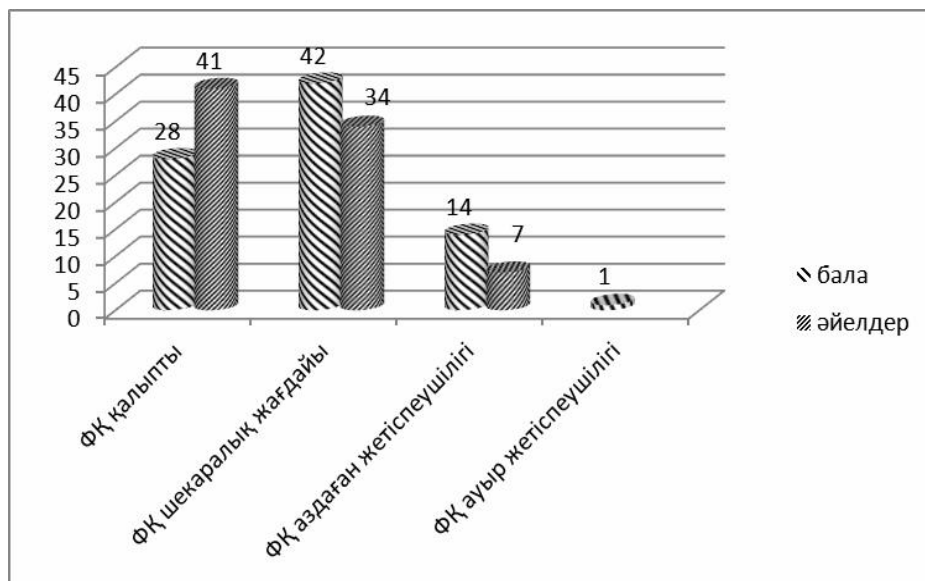


Сурет 2. А дәруменін анықтау бойынша нәтижелер.

Тексерілушілер арасында А дәрумені жетіспеуі 30 әйелде (37%) және 40 (49%) балада анықталды, көрсеткіштің балалар арасында айқын төмендеуі оның тамақ арқылы жеткіліксіз түсуімен байланысты.

Фолий қышқылы мен оның жетіспеуі қан құрамындағы оның мөлшеріне (мкг/л) қарай анықталды. Фолий қышқылының қалыпты мөлшеріне

6 мкг/л, шекаралық мөлшеріне 3-6 мкг/л, аздаған жетіспеушілігіне 1,3 - 3,0 мкг/л, ауыр жетіспеушілігіне 1,3 төмен мөлшерді алдық. 6 суретте балалардың біреуінде (1%) фолий қышқылының ауыр жетіспеушілігі, 7 әйелде аздаған жетіспеушілік (9%), 14 балада (16%), шектеулі мөлшер 34 әйелде (41%) және 42 балада кездеседі (50%).



Сурет 3. Фолий қышқылы мөлшері мен жетіспеушілігі бойынша нәтижелер.

Несептегі йод мөлшері (мкг/л) негізінде 6 топты бөлеміз: 3-йоджетіспеу, қалыпты жағдай, артық деңгей.

Зерттеу нәтижелері бойынша йод мөлшерінің жетіспеуі мен артық мөлшері анықталып отыр. Йод жетіспеушілігі біздің аймақта бар екені байқалады. Сондықтан йод жетіспеушілігінің алдын алуды жалғастыру керек. Тексерілген 21 баланың (25%) және 30 (37%) әйелде йодтың несеппен бөлінуі қалыпты жағдайда. Бірақ йодталған тұзды қолдануда сақтық танытқан дұрыс. Өйткені, 45 (53%) балада және әйелде – 34 (41%) несепте йодтың мөлшері жоғары екені анықталды. Мұндай зерттеулер алынған нәтижелерге байланысты алдын алу бағдарламаларына түзету енгізу үшін керек.

Қан құрамындағы йод, темір, фолий қышқылы мен А дәруменімен тұрғындардың қамтамасыз етілуі бойынша биомониторинг өткізілді. Осы мәліметтерді терең зерттей отырып, алдын алу шараларын жүргізу

керектігін көреміз. Осы зерттеу кезінде халықтың салауатты тамақтану және тағамдардың құндылығы туралы көп сұрақтарды біле бермейтіні анықталды.

Салауатты тамақтану адамның күнделікті өмірінің ажарамас бөлігі болуы тиіс.

Әдебиеттер:

- 1.ҚР мемлекеттік денсаулық сақтауды дамыту бағдарламасы «Саламатты Қазақстан» 2011 – 2015 ж. // ҚР Президентінің жарлығы 29 қараша 2010 ж. № 1113
- 2.ҚР Кодекс «Халық денсаулығы мен денсаулық сақтау жүйесі туралы». 29 қыркүйек 2009.
- 3.Еуропадағы тамақтану мен денсаулық: әрекеттің жаңа негізі, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003. – 38 б.
- 4.Шарманов Т.Ш. Тамақтану – адам денсаулығының маңызды факторы. Алматы: Асем-Систем, - 2010. - 480сб

5. Шарманов Т.Ш. Алдын алу медицинасындағы мәселелерді шешудегі қазіргі нутрициология.// Салауатты өмір салтын қалыптастырудың, алдын алу мен денсаулықты нығайтудың келелі сұрақтары.

Халықаралық ғылыми-тәжірибелік журнал.- Алматы: ҰО СӨҚО, 2002. №3, 2011. - ISSN 2223-2931.

6. Yamori Y. Food factors for atherosclerosis prevention: Asian perspective derived from analyses of worldwide dietary biomarkers // Exp Clin Cardiol. 2006 Summer; 11 (2): 94-8.

Резюме

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОГЛОБИНА И МИКРОНУТРИЕНТОВ

А.С. Керимкулова, А.М. Маркабаева, Г.К. Турдунова, Г.А. Ергазина

Государственный медицинский университет города Семей,
Поликлиника смешанного типа №1, г. Семей

В рамках государственной программы «Саламатты Қазақстан» сотрудниками центра здорового питания был проведен биологический мониторинг обеспеченностью микронутриентами женщин репродуктивного возраста и детей в возрасте от 6 до 59 месяцев. Важность изучения данных показателей продиктовано необходимостью поведения профилактических мероприятий и более глубокого осмысления полученных результатов.

Материалы и методы. Случайная выборка осуществлялась кластерным методом, по 20 детей до 5-летнего возраста в каждом кластере и их матерей (20 женщин репродуктивного возраста), что в конечном итоге составило 85 детей и 82 женщины. Обследование проводилось после получения добровольного согласия отобранных женщин на участие в обследовании их самих и их детей, определение содержания гемоглобина в крови, и пробы мочи в количестве 2 мл для проведения последующего анализа содержания микронутриентов в лабораторных условиях.

Выводы: Проведенный биомониторинг населения выявил недостаточный уровень осведомленности населения в вопросах здорового питания, пищевой ценности продуктов.

Ключевые слова: гемоглобин, фолиевая кислота, витамин А, здоровое питание.

Summary

THE STUDY OF HEMOGLOBIN AND MICRONUTRIENT

A.S. Kerimkulova, A.M. Markabayeva, G.K. Turdunova, G.A. Ergazina

Semey State Medical University,
Clinic mixed №1, Semey c.,

Under the state program "Salamatty Kazakstan" employees of the center of healthy eating was conducted biological monitoring security micronutrients women of reproductive age and children aged 6 to 59 months. The importance of the study of these indicators is dictated by the need to conduct prevention activities and a deeper understanding of the results.

Materials and methods. Random sampling was carried out by the cluster, 20 children under 5 years of age in each cluster and their mothers (20 women of reproductive age), which ultimately amounted to 85 children and 82 women. The survey was conducted after receiving the consent of women selected to participate in the survey for themselves and their children, the determination of hemoglobin in the blood and urine samples of 2 ml for subsequent analysis of the content of micronutrients in the laboratory.

Conclusions: The above biomonitoring population revealed insufficient public awareness about healthy nutrition, nutritional products.

Keywords: hemoglobin, folic acid, vitamin A, healthy food.

УДК 618.17 + 615.838

М.Ж. Еспенбетова, С.Б. Амангельдинова, Ж.К. Заманбекова, О.А. Юрковская,
Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева, Л.З. Аликенова

Государственный медицинский университет г.Семей

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТОВ МАСТОДИНОНА И ГЕЛАРИУМА В ЛЕЧЕНИИ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА

Аннотация

Результаты исследований показали, что прием комплексного лечения Мастодином и Гелариумом при ПМС дал положительный эффект в 83,1%, особенно наилучший эффект получен при нейропсихической и цефалгической форме до 90,2% и 85,7% соответственно. Лечение Мастодином способствует улучшению транзиторной гиперпролактинемии, в сочетании с препаратом йода улучшает тиреоидный статус.

Ключевые слова: Мастодином, Гелариум, предменструальный синдром, щитовидная железа, пролактин.

Актуальность. Предменструальный синдром (ПМС) – один из наиболее распространенных нейроэндокринных синдромов, частота которого колеблется в широких пределах от 25 до 75%, причем 2 - 19% женщин страдают тяжелыми формами, в возрасте

до 30 лет ПМС встречается до 20%, а после 30 лет ПМС наблюдается практически у каждой второй женщины. В настоящее время ПМС рассматривается как болезнь цивилизации, который чаще встречается среди женщин интеллектуального труда, связанных с физическими

нагрузками, проживающих в крупных промышленных центрах, поздним репродуктивным возрастом, с частыми стрессовыми ситуациями [5,6,8].

Нарушения менструального цикла, или ПМС рассматриваются как незначительные изменения в организме, однако в течение продолжительного времени эти синдромы могут приводить к различным осложнениям.

На сегодняшний день доказана значимость пролактина (ПРЛ) в репродуктивной эндокринологии, изучены механизмы возникновения гиперпролактинемии и их клинические проявления. Пролактин совместно с эстрогенами и прогестероном контролирует весь процесс маммогенеза и обеспечивает как формирование внутриорганных структур, так и послеродовую лактацию. Пролактин обеспечивает синтез протеинов, углеводов и липидов молока. Патологическое повышение уровня этого гормона вне беременности и лактации может являться причиной мастопатии. Часто имеет место не постоянное, а так называемое латентное, скрытое повышение уровня пролактина, которое происходит обычно в ночное время или кратковременно, в связи с чем может не фиксироваться при стандартном гормональном исследовании. Такие нерегулярные всплески секреции гормона часто вызывают в молочных железах отек, нагрубания, болезненность, особенно во вторую фазу менструального цикла или непосредственно перед менструацией, а также вегетативные расстройства, мигреноподобные головные боли, слабость, апатию, боли в животе, запоры, вздутие, ломоту в суставах. Этот симптомокомплекс обозначают как предменструальный синдром. С началом менструального цикла все эти симптомы исчезают. Повышенная секреция пролактина является хроническим стимулятором молочных желез, фактором, обуславливающим болезненные проявления, недостаточности лютеиновой фазы, нарушения менструального цикла, повышения секреции тиреотропного гормона. Коррекция проявлений латентной гиперпролактинемии должна основываться на подавлении секреции гормона. Другой предполагаемой причиной развития ПМС является повышение чувствительности к прогестерону вследствие нарушения нейромедиаторного регулирования. В некоторых научных исследованиях было выявлено снижение содержания серотонина, как фактора, способствующего повышению чувствительности к прогестерону, что служит объяснением эффективности в применении селективных ингибиторов обратного захвата серотонина [3,7,10,22,23].

Диапазон вариантов лечения весьма широк – от использования прогестерона в высокой дозе, до приема эстрогенов, которые уменьшают проявления ПМС, однако могут вызвать гиперплазию и рак эндометрия при длительном использовании.

Поэтому женщины с опаской относятся к синтетическим гормональным препаратам, из-за возможных побочных осложнений, и с большим желанием стараются принимать гормоны растительного происхождения [9,18,19,20,24,26].

С появлением на рынке Казахстана фитопрепаратов, клиницисты часто стали применять их в лечении женщин с различными функциональными отклонениями в репродуктивной системе.

Одним из наиболее эффективных средств лечения мастопатии и ПМС является фитотерапевтический препарат Мастодион, основным действующим компонентом которого является Прутняк обыкновенный (*Agnus castus*). Препарат обладает дофаминэргическим действием на лактотрофные клетки гипофиза, подавляет патологическую секрецию пролактина, устраняет существующий дисбаланс между эстрогенами и прогестероном путем

нормализации недостаточности желтых тел, улучшает менструальную функцию, овуляцию. Реализация этих механизмов приводит к устранению предменструальных болей в молочных железах, снижению объема молочных выделений из сосков и последующему их исчезновению. Болевые ощущения в молочных железах, дискомфорт, распирание, диффузное уплотнение тканей, выделение из сосков, у многих пациенток вызывает чувство страха, настороженность, бессонницу, которые усиливаются в ПМС. Сам факт психологического напряжения индуцирует развитие болевых ощущений, перепадов настроения.

Для лечения легких и умеренно выраженных депрессивных расстройств, которые наблюдаются у женщин, страдающих ПМС, успешно применяется препарат Гелариум. Действующим началом препарата является экстракт травы зверобоя продырявленного. Препараты Мастодион и Гелариум разработаны и выпускаются немецкой компанией «Бионорика СЕ» [1,4,11,15,17].

По литературным данным при применении Мастодиона при мастодии без выраженных органических изменений молочных желез устранение болевого синдрома наблюдается до 80% больных, у пациенток с умеренно выраженной формой фиброзно-кистозной болезни до 72%. При выраженной форме мастопатии положительный результат достигается у более 50%, а клиническая эффективность Гелариума заключается в повышении настроения, нормализации работоспособности, повышении психической и эмоциональной устойчивости, нормализации сна, аппетита [2,25,27-30]. Индивидуальная непереносимость этих препаратов встречается крайне редко.

Цель исследования: изучить эффективность препаратов Мастодион и Гелариум в лечении ПМС.

Материалы и методы исследования. Клиническую эффективность препаратов изучали среди студентов государственного медицинского университета г. Семей. Общее количество 320 пациенток (2, 6, 7 курса) в возрасте 18-23 лет, исследование проводилось в 3 этапа:

1 этап - обследование девушек путем анкетирования для установления ПМС. Девушкам до разъяснения цели и задач исследования были розданы специально разработанные дневники-опросники, в которых отмечали ежедневно все симптомы, их выраженность в течение 3-х месяцев. По этим дневникам оценивали правильный диагноз, т.е. совпадают ли проявления у конкретной пациентки с общепринятыми критериями ПМС, достаточно ли серьезны эмоционально-поведенческие симптомы в сочетании с физическими признаками и эти признаки имеют ли место только в лютеиновую фазу, а также цикличность.

2 этап - установление диагноза ПМС, степени его тяжести, наличия у девушек гинекологических заболеваний, мастопатии, тиреоидной патологии.

3 этап - у выявленных пациенток с ПМС проводили лечение в течение 3-х месяцев препаратами Мастодион и Гелариум.

Диагностика по анкете

Для диагностики ПМС предложен следующий алгоритм:

- **диагноз ПМС** можно установить при наличии, по крайней мере, **пяти** из следующих десяти симптомов,
- из которых хотя бы **один симптом** должен быть **из первой четверки**.

Анкета предменструального синдрома

- Эмоциональная нестабильность, возникающая за несколько дней до менструального цикла (внезапная

грусть, желание плакать, сильная раздражительность, депрессия).

- Постоянная и сильная злость и раздражительность.
- Сильная внутренняя тревога или напряжение.
- Резкое ухудшение настроения - появление чувства безнадежности, бесполезности.
- Пониженный интерес к повседневной жизни.
- Легкая утомляемость, упадок духовных и физических сил.
- Чувство невозможности сосредоточиться.
- Изменение аппетита, склонность к перееданию.
- Сильная сонливость или, напротив, бессонница.
- Болезненность молочных желез, головные боли, отеки, боль в мышцах или в суставах, резкое увеличение веса.

Гинекологический опросник

- Первая менструация (с какого возраста)
- Дата последней менструации
- Характеристика менструации (регулярность, по сколько дней, количество, болезненность)
- Количество беременностей, их исход
- Беспокоят ли молочные железы (мастопатия, выделения из сосков, болезненность)
- Были ли гинекологические заболевания.

Обследование пациенток выполнялось дважды: до лечения и после лечения через 3 месяца. При первом визите студентам были разъяснены цель, задачи исследования, были даны разъяснения и рекомендации по правильному заполнению документации.

Из 320 опрошенных девушек у 85 выявлен ПМС, что соответствует 26,56%. Всем девушкам с ПМС проведено клинико-лабораторное обследование: антропометрия (возраст, вес, индекс массы тела), гормональные исследования: пролактин (ПРЛ), тиреотропный гормон (ТТГ), свободный Т4, антитела к пероксидазе (ТПО). Ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы и по показаниям УЗИ органов молочной железы, малого таза.

Основную группу составили 68 девушек с ПМС, которым проводили лечение Мастодином по 1 таблетке 2 раза в день в течение 3-х месяцев и Гелариумом по 1 таблетке 3 раза в день в течение 1 месяца. Учитывая, что в основной группе почти у всех пациенток были изменения со стороны щитовидной железы, то для нормализации тиреоидного дисбаланса дополнительно назначали Йодбаланс 100 или 200 по 1 таблетке после еды 1 раз в день в течение 3-х месяцев и Эутирокс при аутоиммунном тиреоидите (АИТ). В контрольную группу сравнения вошли 17 девушек с ПМС без нарушения функции щитовидной железы, которые получали лечение с учетом общепринятых рекомендаций.

Результаты исследования обрабатывались методом вариационной статистики. При назначении лекарств использован способ рандомизации для исключения случайности в исследовании.

Гормональные показатели до лечения у девушек с ПМС.

Нозология	n	Пролактин (на 22-24 день) мМЕ/л	ТТГ мЕД/л	Св. Т4 п.моль/л	а/т к ТПО мкМЕ/мл
Диффузный зоб	32	563,2±48,9	2,4±0,4	1,1±0,06	16,5±3,8
Кистозно-узловой зоб	9	592,4±43,7	1,5±0,1	1,0 ±0,08	13,6±2,7
АИТ + мастопатия	16	663,7±56,4	4,0±0,7	0,9±0,2	360,8±43,5
Диффузная мастопатия	11	675,1±50,8	3,6±0,5	1,0±0,1	2,4±6,4
Контрольная группа	17	632,2±49,1	1,8±0,3	1,2±0,1	24,6±5,8

Изменения функции гипоталамо-гипофизарной системы является причиной гормонального дисбаланса, соответственно нарушаются физиологические процессы в тканях молочной железы и возникают очаги патологи-

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ полученных исследований анамнестических данных показал, что из 320 опрошенных девушек у 85 выявлено ПМС, что соответствует 26,56%. Из них у 32 (37,65 %) были впервые обнаружены мастопатии, у 13 (15,29%) - нарушение менструального цикла, и у 57 (67,06%) - впервые выявлены изменения щитовидной железы по данным УЗИ. Анализируя три так называемых «подготовительных цикла» и подсчитывая сумму баллов предменструальной симптоматики за 3 месяца была установлена степень выраженности ПМС (таблица 1).

Таблица 1.

Распределение ПМС по степеням.

Форма ПМС	Число наблюдений	%
Нейропсихическая (легкая степень)	49	57,7
Цефалгическая (средняя степень)	28	32,9
Кризовая (тяжелая степень)	8	9,4

Нейропсихическая форма ПМС (с перепадами настроения, раздражительностью, агрессией, плаксивостью, бессонницей, депрессией, чувством страха и т.д.) была выявлена у 49 (57,7 %) девушек; цефалгическая форма установлена у 28 (32,9%) пациенток (с вегето-сосудистой и невралгической симптоматикой – головные боли по типу мигрени, головокружением, сердцебиением) и у 8 (9,4%) - кризовая форма (с симпато-адреналовыми кризами сопровождающимися гипотонией или тахикардией, болями в области сердца).

По данным УЗИ впервые выявлено диффузное увеличение щитовидной железы у 57 девушек. При углубленном исследовании тиреоидного статуса: тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (св. Т4), антитела к пероксидазе (ТПО) оказалось, что диффузно-эутиреоидный зоб у 32 (56,14 %), кистозно-узловой зоб – у 9 (15,79 %), аутоиммунный тиреоидит без нарушения функции щитовидной железы – у 16 (28,07 %).

По результатам УЗИ молочной железы были выявлены у 27 девушек диффузная мастопатия и у 4-х мелкие кисты, почти у всех наблюдались болевые ощущения, увеличения объема и нагрубание молочных желез.

Как видно из таблицы 2, незначительная гиперпролактинемия и повышение ТТГ наблюдается у пациенток в группах с аутоиммунным тиреоидитом и диффузной мастопатией, что возможно объясняется тем, что данный гормональный дисбаланс способствуют усугублению ПМС.

Доказано, что 30% поступающего йода накапливается в щитовидной железе, остальное количество распределяется между молочными железами, маткой и слизистой оболочкой желудочно-кишечного тракта. ПРЛ подавляет функцию щитовидной железы, нарушая связь между тиреоидными гормонами, а также между ними и ТТГ, усиливая патологические изменения в эндокринной системе, приводящие к гиперпластическим процессам в молочной железе [12,13,21].

Таблица 2.

железы выявлена патология щитовидной железы [14,16].

Многообразие клинических проявлений ПМС свидетельствует о вовлечении в патологический процесс центральных гипоталамо-гипофизарных структур регулирующие обменные процессы в организме и поведенческие реакции. Поскольку в патогенез ПМС важную роль играет нарушение обмена нейропептидов в центральной нервной системе и связанных с ним периферических нейроэндокринных процессов, то для лечения данной патологии рационально применение комплексных препаратов с разнонаправленным патогенетическим действием. ПМС является хроническим и циклическим проявлением симптомов, пациентки стараются прибегать к щадящим формам лечения, как акупунктура, фитотерапия и т.д.

На фоне комбинированной фитотерапии, нами была получена достаточно высокая эффективность лечения

ПМС. Пациентки уже через 1 месяц субъективно отметили уменьшение раздражительности, нервозности, головных болей, бессонницы, улучшения самочувствия, снизилась мастодиния. Практически у всех девушек уменьшились показатели тревожности и агрессии (гнева). В последующем максимальный эффект Мастодиона отмечен к концу третьего месяца.

Объективными критериями эффективности проводимой профилактики являлись нормализация гормонального дисбаланса, исчезновение или значительное улучшение отдельных симптомов, психоэмоционального отклонения, мастодинии, масталгии, улучшение менструального цикла. У выявленных девушек с нарушениями менструального цикла, у всех по данным ультразвукового исследования параметры матки, яичников, эндометрии были без отклонений от нормы.

Таблица 3.

Гормональные показатели после лечения у девушек с ПМС.

Нозология	n	Пролактин (на 22-24 день) мМЕ/л	ТТГ мЕД/л	Св. Т4 п.моль/л	а/т к ТПО мкМЕ/мл
Диффузный зоб	32	306,3±39,5	1,5±0,03	1,5±0,1	9,1±2,8
Кистозно-узловой зоб	9	323,6±34,2	1,1±0,01	1,4±0,1	12,5±2,9
АИТ + мастопатия	16	311,4±27,6	2,1±0,1	1,6±0,08	315,4±42,6
Диффузная мастопатия	11	301,3±29,7	1,7±0,08	1,3±0,1	23,0±4,4
Контрольная группа	17	603,7±38,2	2,3±0,4	1,0±0,1	29,6±7,3

- разница достоверная относительно показателя до лечения (P<0,05)

Как видно из таблицы 3, результаты гормонального исследования после проведенного лечения свидетельствуют о нормализации гормонов в группах с АИТ и диффузной мастопатией пролактина (311,4±27,6 и 301,3±29,7) и ТТГ (2,1±0,1 и 1,7±0,08) по сравнению с гормонами до лечения (P<0,05)

Результаты проведенного лечения свидетельствуют, что проведение комплексного лечения препаратами

Мастодион и Гелариум дало положительный эффект у 64 (87,1%) пациенток с ПМС. Особенно наилучший эффект наблюдали при нейропсихической и цефалгической формах, менее эффективными оказалась при кризовой форме 3(37,5%). Почти у всех пациенток отмечено исчезновение признаков мастодинии, масталгии.

Таблица 4.

Эффективность препаратов Мастодиона и Гелариума при различных формах ПМС.

Форма ПМС	Число наблюдений	Эффективное лечение	
		n	%
Нейропсихическая (легкая)	49	37	90,2
Цефалгическая (средняя)	28	24	85,7
Кризовая (тяжелая)	8	3	37,2
Всего	85	64	83,1

Таблица 5.

Эффективность препаратов Мастодион и Гелариум при отдельных симптомах ПМС.

Форма ПМС	Число наблюдений	Эффективное лечение	
		n	%
Эмоциональная нестабильность, перепады настроения	71	63	88,7
Злость, раздражительность	65	58	89,2
Сильная внутренняя тревога	43	32	74,4
Безнадежность, бесполезность	39	32	82,0
Головные боли	56	48	85,7

По окончании исследования проведена обратная связь среди обследуемых студенток на степень удовлетворения применения комплексного лечения ПМС Мастодионом и Гелариумом. Степень удовлетворения пациенток результатами лечения – 89,0%, удовлетворенность улучшением самочувствия 91,3% и эмоционального состояния 90,0% (что положительно повлияла на учебный процесс студенток), более того 75% девушек решили продолжить лечение Мастодионом еще на 3 месяца.

Таким образом, за время лечения побочного эффекта препаратами не наблюдалось, Мастодион и Гела-

риум является хорошим сочетанием в ПМС, хорошо переносится и удобен в применении.

Таблица 6

Удовлетворенность пациенток проводимым лечением (обратная связь).

	n	%
Удовлетворены или очень удовлетворены лечением	60	89,0
Улучшение физического самочувствия	62	91,3
Улучшение эмоционального состояния	61	90,0
Хотели бы продолжить лечение	51	75,7

Выводы

1. У каждой четвертой девушки встречается ПМС (26,56%), из них - каждую третью девушку беспокоило состояние молочных желез - 37,64%, по результатам гинекологического опросника у каждой второй девушки с ПМС имеется та или иная гинекологическая патология, у 57 девушек впервые выявлены тиреоидная патология (67%).

2. Результаты проведенных исследований показали, что прием комплексного лечения Мастодиона и Гелариума при ПМС дал положительный эффект в 83,1%, особенно наилучший эффект получен при нейропсихической и цефалгической форме до 90,2% и 85,7% соответственно.

3. Высокая эффективность Мастодиона и Гелариума при ПМС: исчезновение психоэмоциональных, нейроциркуляторных симптомов до 89,2%.

4. Лечение Мастодином способствует улучшению нормализации транзиторной гиперпролактинемии, в сочетании с препаратом йода улучшает тиреоидный статус, по сравнению с контрольной группой.

5. Степень удовлетворения результатами лечения составил 89,0%, причем 75,5% решили продолжить лечение.

6. Для раннего выявления ПМС в профилактических целях, при минимальных клинических признаках, каждая девушка, женщина должны обследоваться у гинеколога, маммолога, эндокринолога.

Литература:

1. Башманова Н.В., Кучумова О.Ю., Матковская Л.Н. Оценка клинической эффективности препарата Мастадион в комплексной терапии нарушений менструального цикла у подростков // МК. – 2003. - № 3. – С. 90-97.
2. Бурдина Л.М. Лечение заболеваний молочных желез и сопутствующих нарушений менструальной функции Мастодином // Лечащий врач. –1999. -№ 8. - С. 13-16.
3. Вознюк Н.Е., Старикова Л.Г., Хоружая В.А. Пролактиномы и пролактинемия // Вестник новых мед.технологий. – 2000. - т. VII, №2. - С. 97-100.
4. Гордеева Г.Д. Применение препарата Мастадион при функциональных отклонениях в репродуктивной системе у женщин // Репродуктивное здоровье женщин. - 2002. - №3 (12). - С. 47-52.
5. Дедов И. И., Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. Эндокринология: учебник. - 2-е изд. – М.: Медицина. 2009г. – 180 с.
6. Иовайская И.А., Марова Е.И. Биология пролактина. Нейроэндокринный контроль и регуляция секреции //Акушерство и гинекология. – 2000. - № 5.- С. 42-45.
7. Кира Е.Ф., Скрыбин О.Н., Цвелев Ю.В. и др. О повышении эффективности диагностики, лечения и профилактики дисфункциональных заболеваний молочных желез // Журнал акуш. и жен.бол. - 2000. -№1. –С. 95-99.
8. Кэттайл В.М., Арки Р.А. Патофизиология эндокринной системы. СПб. –М.: «Невский диалект». Издательство БИНОМ, 2001. –336 с.
9. Ласачко С.А. Опыт применения циклодинона в комплексном лечении нарушений менструального цикла и дисгормональных заболеваний молочных желез //Здоровье женщины. -2007. - №4. -С. 110-114.
10. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. – М.: МИА, 2001. – 64 с.
11. Можейко Л.Ф. Опыт применения препарата Мастадион при нарушении менструального цикла у девочек подростков //Медицинские новости. –2000. - №12. -С.51-52.
12. Марторано Дж., Марган А., Фрайер У. Предменструальный синдром. СПб.: Комплект, 1998. – 217с.
13. Поликарпов А.Ф. Влияние щитовидной железы на развитие мастопатии // Научно-организационные аспекты и современные лечебно диагностические технологии в маммологии. - М., 2003. - С. 267-268.
14. Прилепская В.Н., Швецова О.Б. Доброкачественные заболевания молочных желез: принцип терапии // Гинекология. - 2000. - №6. – С. 201-204.
15. Рожкова Н.И., Меских Е.В. Оценка эффективности фитотерапии Мастодином и Гелариумом у больных с диффузными формами мастопатии // Опухоли женской репродуктивной системы. -2008.- №4. -С. 46-47.
16. Сидоренко Л.Н. Мастопатия. - 3-е изд-е, перераб. и дополн. - СПб.: Гиппократ, 2007. – 432 с.
17. Сеницын В.А., Руднева Т.В. Лечение больных с фиброзно-кистозной мастопатией, сопровождающейся болевым синдромом // Рос.вести. акуш.гинеко. - 2006. - №2. – С.60-62.
18. Сметник В.П., Бутарева Л.Б. Опыт применения фитопрепарата агнускаст у пациенток с недостаточностью функции желтого тела и гиперпролактинемии // Проблема репродукции. –2005. -№ 11. -С. 50-54.
19. Татарчук Т.Ф., Венцовская И.Б. Современный взгляд по лечению синдрома предменструального напряжения // Березень. –2004. -№6(91). - С.14-18.
20. Уварова Е.В., Болдырева К.В. Возможности негормональной коррекции уровня пролактина на фоне гормональной контрацепции у сексуально активных молодых женщин // Русский медицинский журнал. – 2007.- №15. -С. 1-7.
21. Aceves C., Anguiano B., Delgado G. Is iodine a gatekeeper of the integrity of the mammary gland? // J. Mammary Gland Biol. Neoplasia. -2005.- №10.-P. 189-196.
22. Brown J, O'Brien PMS, Marjoribanks J, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome // Cochrane Database of Systematic Reviews. - 2009. - Issue2, Art. No.: CD001396. DOI: 10.1002/14651858.CD001396.pub2.
23. Dias RS, Lafer B, Russo C, DelDebbio A, Nierenberg AA, Sachs GS and Joffe H. Longitudinal follow-up of bipolar disorder in women with premenstrual exacerbation: findings from STEP-BD // Comment in Am J Psychiatry. - 2011 - Apr, 168(4). -344-6; PMID:214745921.
24. Canning S, Waterman M, Orsi N, Ayres J, Simpson N and Dye L. The efficacy of Hypericum perforatum (St.John's wort) for the treatment of premenstrual syndrome: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. // CNS drugs. –2010.- 24(3). –P. 207.
25. Hammarback S and Backstrom T. Induced anovulation as treatment of premenstrual tension syndrome. A double-blind cross-over study with GnRH-agonist versus placebo // Cochrane Database of Systematic Reviews – 2009.- Issue1. - Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica.-1998.-№67(2).- P.159.
26. Larry H. In vitro assays for bioactivity – guided isolation of endocrine active compounds in vitex agnus-castus // Maturitas -2006. -№55 –P. 26-33
27. Jing Z, YangX, Ismail KMK, Chen XY, Wu T. Chinese herbal medicine for premenstrual syndrome.// Cochrane Database of Systematic Reviews – 2009.- Issue 1. Art. No.: CD006414. DOI: 10.1002/14651858.CD006414.pub2.
28. Ozanne E.M., Klemp J.R., Esserman L.J. Breast cancer risk assessment and prevention: a framework for shared decision-making consultations // Cochrane Database of Systematic Reviews – 2009. - Issue 1. - Breast J. -

2006. - №12. –P.103-113.

29. Prilepskaya U.N. Vitex agnus castus: Successful treatment of moderate to severe premenstrual syndrome // Cochrane Database of Systematic Reviews – 2009. - Issue 1. - Maturitas. – 2006. - №55. –P. 55-63.

30. Ryou J-G, Chun-S-I, Lee Y-J and Suh H-S. The

effect of St.John's wort on premenstrual syndrome in single women: a randomized double-blind, placebo-controlled study // Cochrane Database of Systematic Reviews – 2009. - Issue 1. - Clinical psychopharmacology and neuroscience. -2010. - №8 (1).–P.26-30.

Тұжырым

ЕТЕКІР АЛДЫ СИНДРОМЫНЫҢ ЕМІНДЕ МАСТОДИНОН ЖӘНЕ ГЕЛАРИУМНЫҢ ПРЕПАРАТЫНЫҢ ӘСЕР ЕТУІН БАҒАЛАУ

**М.Ж. Еспенбетова, С.Б. Амангельдинова, Ж.К. Заманбекова,
О.А. Юрковская, Ж.М. Жуманбаева, А.М. Досбаева, Л.З. Алиқенова**
Семей қаласының Мемлекеттік медициналық университеті

Жүргізілген зерттеулер нәтижесі бойынша ЕАС Мастодион және Гелариуммен комплексті емдеуде 83,1% оң нәтиже көрсетті, әсіресе нейропсихикалық және цефалгиялық түрінде 90,2 % және 85,7% сәйкес жақсы әсер көрсетті. Бақылау тобымен салыстырғанда Мастодионмен емдеуде транзиторлы гиперпролактинемияны қалпына келтіруін реттейді және йод препараттарын біріктіріп бергенде тиреоидты статусы жақсартады.

Негізгі сөздер: Мастодион, Гелариум, өтекіралды синдром, қалқанша без, пролактин

Summary

EVALUATION OF EFFECTIVENESS MASTODYNON AND HELARIUM DRUGS IN TREATMENT OF PREMENSTRUAL SYNDROME

**M.ZH. Espenbetova, S.B. Amangeldinova, Zh.K. Zamanbekova,
O.A. Yurkovskaya, Zh.M. Zhumanbayeva, A.M. Dosbayeva, L.Z. Alikenova**
Semey state medical university

Using of complex treatment Mastodynon and Helarium drugs in premenstrual syndrome had positive effect in 83,1%, especially the best effect was in neuropsychic and cephalgic forms – till 90,2% and 85,7% respectively. Treatment with Mastodynon favours to normalization of transient hyperprolactinemia, in combination with iodine drug improves a thyroid status in comparison with control group.

Key words: Mastodynon, Helarium, premenstrual syndrome, thyroid gland, prolactin

УДК 616.61-615.838

Р.И. Алибекова¹, И.М. Азимбаева², Ж.И. Смагулова³, З.Р. Муслимова³

¹Государственный медицинский университет г. Семей

²Учреждение «Почечный центр» г. Семей, ³Военный госпиталь, г. Семей

РОЛЬ ПРЕПАРАТОВ РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ТЕРАПИИ ВТОРИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЯХ ПОЧЕК

Аннотация

Изучена клиническая эффективность лекарственного препарата растительного происхождения Канефрон Н при вторичной артериальной гипертензии у пациентов хроническими болезнями почек

Ключевые слова: фитотерапия, вторичная артериальная гипертензия, нефропротекция.

Актуальность. По определению Комитета экспертов ВОЗ артериальная гипертензия (АГ) – это стойкое повышение артериального давления (АД): систолического (САД более 140 мм рт. ст.) и/или диастолического (ДАД более 90 мм рт. ст.). Все более часто обнаруживается повышение АД в молодых возрастных группах, у которых причиной АГ могут быть первичные и вторичные заболевания почек. Лечение заболеваний почек и мочевыводящих путей лекарственными растениями имеет многовековую историю. Многие растительные диуретики применяются с глубокой древности. Так, например, в «Каноне врачебной науки» Абу Али Ибн Сины упоминаются 124 растения мочегонного действия, из которых 113 произрастают в Средней Азии. На разных этапах лечения хронических болезней почек (ХБП) роль фитотерапии может быть вспомогательной или равноправной с химиотерапией, а в реабилитационном периоде и основной. Привлекательность растительных препаратов определяется их близостью к средствам народной медицины, многовековой традици-

ей применения, многогранным действием, отсутствием токсичности, аллергии, а также, что не менее важно, порой более низкой ценой.

Цель работы. Оценка клинической эффективности лекарственного препарата растительного происхождения Канефрон Н у пациентов с хроническими болезнями почек с вторичной АГ.

Объект и методы исследования. Нами было обследовано и пролечено 40 больных хроническими болезнями почек с вторичной АГ без признаков нарушения функции почек. Среди них 10 мужчин и 30 женщин, в возрасте от 21 до 50 лет.

Основная группа (20 больных с диагнозом хронический гломерулонефрит гипертонической и смешанной формы) получала дополнительно к стандартной терапии препарат Канефрон Н по 2 драже 3 раза в день в течение 12 недель. Канефрон Н - комбинированный растительный препарат компании Bionorica SE (Германия). В его состав входят экстракты травы золототысячника, корня любистка и листьев розмарина. Основанием

для назначения Канефрона Н было его комплексное терапевтическое действие: диуретическое, спазмолитическое, противовоспалительное, антиоксидантное, противомикробное, нефропротекторное (антипротеинурическое) действие.

Контрольную группу составили 20 больных, получавших стандартную терапию, направленную на лечение хронического гломерулонефрита гипертонической и смешанной формы. Обе группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Терапию начинали в нефрологическом отделении учреждения «Почечный центр», в дальнейшем продолжали в амбулаторных условиях под наблюдением врачей по месту работы и жительства пациентов. Всем пациентам в соответствии с протоколом клинических исследований были проведены лабораторные и инструментальные методы исследований: общий анализ крови, мочи, пробы Нечипоренко и Зимницкого, определение скорости клубочковой фильтрации, биохимические анализы крови, бактериологический посев мочи, мониторинг уровней веса, суточного диуреза, АД, УЗИ почек, ЭКГ, флюорография органов грудной клетки, по показаниям - экскреторная урография.

Результаты исследования и их обсуждение. Эффективность терапии в обеих группах оценивали по положительной динамике общего состояния, клинической картины и лабораторных показателей. В результате 3-х месячного приема препарата по 2 капсулы 3 раза в день на фоне стандартной терапии ХБП у пациентов основной группы отмечено нормализация мочевого осадка (протеин-, эритроцит-, цилиндрурии). Кроме этого, наблюдалось снижение как САД, так и ДАД на 20 мм ртст, усиление суточного диуреза 0,4 л в основной группе против 0,04 л в контрольной, соответственно снижение массы тела больных основной группы на 2-3 кг. Побочных эффектов не наблюдалось. Экстракты из листьев розмарина и корня любистка обладают вазодилатирующим эффектом. Благодаря этому приток крови к почечным клубочкам усиливается, одновременно уменьшается реабсорбция воды и натрия в почечных канальцах. В результате усиления диуреза повышается интенсивность выведения продуктов катаболизма с мочой. Уменьшение проницаемости клубочковых капилляров приводит к снижению протеинурии, то есть нефропротекции.

Нефропротекция является одним из приоритетных направлений в терапии гломерулопатий [1]. В настоящее время в лечении ХБП изучено и доказано нефропротективное действие ингибиторов АПФ, однако на практике встречаем высокий процент побочных эффектов, что ограничивает их применение. Из побочных эффектов, характерных для ингибиторов АПФ, чаще всего

встречаются: непродуктивный сухой кашель, бронхоспазм, одышка, ринорея, фарингит, кожная сыпь, зуд, крапивница, фотосенсибилизация, ангионевротический отек лица, губ, языка, конечностей, голосовой щели, дисфония, и др. В связи с этим перспективным дополнительным направлением патогенетической терапии при гломерулопатиях с целью нефропротекции является использование растительных препаратов, способствующих снижению протеинурии. В отличие от ингибиторов АПФ Канефрон Н хорошо переносится, без побочных эффектов, продолжительность приема не ограничена. Кроме этого Канефрон Н обладает противовоспалительным, спазмолитическим, антибактериальным действиями, что актуально в профилактике и лечении вторичных инфекций мочевых путей у больных с гломерулопатиями [2]. По данным Н. Кopp [3], К. М. Bauer и Н. Nappert [4] применение Канефрона Н при гломерулопатиях статистически достоверно улучшает лабораторные показатели, что наблюдалось и у наших больных: нормализация мочевого осадка к концу 3-го месяца лечения. Вследствие выведения из организма избытка жидкости и солей натрия Канефрон Н способствует снижению АД, массы тела и усилению суточного диуреза.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать **вывод**, что применение Канефрон Н у больных хроническими болезнями почек с вторичной АГ является этиопатогенетически обоснованным и способствует повышению эффективности и безопасности лечения за счет значительного усиления суточного диуреза и снижения объема циркулирующей плазмы крови, что способствует снижению массы тела и артериальной гипертензии, а также нефропротекции за счет антипротеинурического действия препарата.

Это позволяет рекомендовать включение в комплекс стандартной терапии хронических болезней почек с вторичной АГ лекарственного препарата растительного происхождения Канефрон Н.

Литература:

1. Пытель Ю.А., Амосов А.В. Растительный препарат Канефрон Н в урологической практике // Лечащий врач – 1999, № 6 – С.38-39.
2. Борисов В.В., Гордовская Н.Б., Шилов Е.М. Фитотерапия препаратом Канефрон Н в нефрологической практике: настоящее и перспективы (Клиническая лекция) // Клиническая нефрология – 2010, № 6. – С.39-42.
3. Kopp H. The treatment of renal disorders with Canephron // Phys. Med. Rehab. – 1975, №16. – P. 74-78.
4. Bauer K. M., Nappert H. Clinical experiences with Canephron in the treatment of renal disorders // Med. Welt. – 1979, №27. – P.265-268.

Түжырым

СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК АУРУЛАРЫ КЕЗІНДЕГІ ЕКІНШІЛІК АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТОНИЯ ТЕРАПИЯСЫНДАҒЫ ӨСІМДІК ТЕКІПРЕПАРАТТАРДЫҢ РОЛІ

Р.И. Әлібекова, И.М. Әзімбаева, Ж.И. Смагулова, З.Р. Мүслімова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,

Семей қаласының «Бүйрек орталығы», Семей қаласының әскери госпиталі

Созылмалы бүйрек аурулары бар науқастарда екіншілік артериалды гипертония кезіндегі Канефрон Н фитопрепаратының клиникалық тиімділігі зерттелді.

Негізгі сөздер: фитотерапия, екіншілік артериалды гипертония, нефропротекция.

Summary

ROLE OF HERBAL DRUGS IN THERAPY OF SECONDARY ARTERIAL HYPERTENSION IN CASES OF CHRONIC RENAL DISEASE

R.I. Alibekova, I.M. Azimbaeva, J.I. Smagulova, Z.R. Muslimova

Semey State medical university; «Renal center», Semey; Military hospital, Semey

We studied the clinical efficiency of herbal drug «Canephron N» in therapy of patients of secondary arterial hypertension in cases of chronic renal disease.

Keywords: *phytotherapy, secondary arterial hypertension, nephroprotection.*

УДК 616.37-002-006-611.018.7-089

Я.М. Шойхет¹, С.Т. Олжаев², А.Ф. Лазарев¹¹Алтайский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина, г. Барнаул, Россия,²ГКП на ПХВ Алматинский региональный онкологический диспансер, г. Алматы, Казахстан

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПОДВЕРГАВШИХСЯ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Аннотация

Исследование проведено с использованием мультидисциплинарного направления современной медицины – изучения сосудистого эндотелия. Цель работы – определить значимость морфо-функциональных нарушений сосудистого эндотелия в плане течения послеоперационного периода у больных со злокачественными новообразованиями панкреатодуоденальной зоны. Обследованы 76 больных со злокачественными новообразованиями панкреатодуоденальной зоны II-IV клинической стадии. Полученные данные свидетельствуют о двух основных моментах. Степень эндотелиальной дисфункции у онкологических больных с послеоперационными осложнениями превышает таковую у пациентов без осложнений. При этом наиболее значимые нарушения выявляются в отношении показателей, ассоциированных с системой гемостаза. Потенциальным направлением для уменьшения риска послеоперационных осложнений в онкологической практике может быть коррекция эндотелиальных нарушений.

Ключевые слова: рак панкреатодуоденальной зоны, послеоперационные осложнения, эндотелиальная дисфункция.

Для современных биомедицинских специальностей сосудистый эндотелий – его физиология, патологические изменения, их прогностическая, диагностическая значимость и коррекция – становятся не менее важными, чем десятилетие назад иммунологические параметры. Недавно возникшая и бурно развивающаяся наука об эндотелии, ещё даже не имеющая общепринятого названия, относится к числу мультидисциплинарных в рамках теоретической и клинической медицины, поскольку сосудистая система – одно из важнейших связующих звеньев человеческого организма [1,2].

В то же время, в клинической онкологии до настоящего времени состояние сосудистого эндотелия практически не принимается во внимание. В качестве единственного параметра, ассоциированного с эндотелием и служащего прогностическим критерием у больных злокачественными новообразованиями, используется только эндотелиальный сосудистый фактор роста [3,4]. Данный показатель отражает только влияние эндотелия на статус неоваскуляризации опухоли, и не может быть использован для оценки эндотелиальноассоциированного риска метастазирования, риска развития тромбоэмболических осложнений [5].

Кроме того, как показывают результаты ряда недавних исследований, функциональное состояние эндотелия оказывает значимое воздействие на частоту осложнений раннего послеоперационного периода [6].

Гнойно-воспалительные осложнения при оперативных вмешательствах на органах желудочно-кишечного тракта всегда представляют наибольший риск неблагоприятных исходов. В онкохирургической практике следует учитывать как предрасполагающие факторы, так и потенцированное неблагоприятное влияние осложнений данной категории на исходы лечения. Во-первых, само по себе использование специфической противоопухолевой терапии снижает иммунный статус и естественную резистентность организма [7], во-вторых, ассоциированное с этими изменениями развитие осложнений резко увеличивает риск катастрофических нарушений со стороны анастомозов, обуславливающих наибольшую часть летальных случаев в раннем послеоперационном периоде [8].

Имея в виду комплексный анализ влияния нарушений состояния сосудистого эндотелия на клинические результаты лечения больных со злокачественными новообразованиями в панкреатодуоденальной зоне, мы изучили особенности некоторых показателей эндотелия в связи с развитием послеоперационных осложнений.

Цель исследования – определить значимость морфо-функциональных нарушений сосудистого эндотелия в плане течения послеоперационного периода у больных со злокачественными новообразованиями панкреатодуоденальной зоны.

Материалы и методы

В клинических условиях обследованы 76 больных со злокачественными новообразованиями панкреатодуоденальной зоны, в том числе 64 – с раком поджелудочной железы, 7 – с раком большого дуоденального сосочка и 5 – с раком терминального отдела общего желчного протока. При распределении больных по стадиям согласно классификации TNM, со II стадией новообразования было всего 6 пациентов (7,9%), с III стадией – 39 (51,3%) и с IV стадией – 31 (40,8%).

Мужчин, в группе обследованных было 49 (64,5%), женщин – 27 (35,5%). Обследованные находились в возрасте от 47 до 70 лет, средний возраст по группе составил $62,2 \pm 1,4$ года).

Принимая во внимание особенности частоты выявления злокачественных опухолей данной локализации, предполагающие в отечественных условиях большое количество запущенных новообразований, в исследование были включены пациенты, требующие радикальных вмешательств, осуществляемых открытым способом, с большим объемом удаляемых тканей и лимфодиссекцией.

Соответственно, учитывая наличие злокачественного новообразования и связанного с ним системного поражения, необходимость применения дополнительных методов противоопухолевой терапии, все пациенты относились к группе высокого риска развития послеоперационных осложнений.

В качестве методов исследования сосудистого эндотелия использованы: определение содержания слущенных (циркулирующих) эндотелиоцитов в крови по Hladovec J. et al, 1978; анализ концентрации фактора

Виллебранда в крови на формализированных тромбоцитах по З.С. Баркаган; выявление степени эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) путем доплерокардиографической пробы по D. Celermajer et al. [9]; определение содержания метаболитов оксида азота в крови по Navarro J.A., Molina J.A. в модификации Карпюк В.Б. и соавт.

Статистический анализ предусматривал определение степени значимости различий выраженности эндо-

телиальных нарушений у лиц с наличием и отсутствием послеоперационных осложнений с использованием непараметрического метода (по Манну-Уитни). Граничным показателем наличия статистической значимости различий было принято $p < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение

Структура осложнений раннего послеоперационного периода представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Ранние послеоперационные осложнения.

Вид осложнения	Число больных	%
Несостоятельность анастомоза	4	5,3
Нагноение послеоперационной раны	23	30,3

Наиболее частые ранние местные послеоперационные осложнения – нагноение послеоперационной раны – отмечались в трети клинических случаев, а наиболее грозные – несостоятельность сформированного анастомоза – только у 5,3% больных.

При развитии несостоятельности анастомоза, как гораздо более опасного осложнения, наличие нагноения послеоперационной раны (имевшее место в 3 из 4 случаев) не учитывалось.

Таблица 2.

Показатели, характеризующие состояние сосудистого эндотелия, в общей группе обследованных больных в сравнении с контролем.

Показатель	Контрольная группа	Обследованные больные
Число циркулирующих эндотелиоцитов в крови (на 1000 тромбоцитов)	2,2	8,5
Концентрация фактора Виллебранда (мкг/мл)	51,7	113,2
ЭЗВД (%)	18,6	12,3
Метаболиты NO в крови (мкг/мл)	41,3	59,6

Примечание - * - различия между группами статистически значимы, $p < 0,01$

У обследованных пациентов в общей группе было выявлено статистически значимое превышение содержания циркулирующих в периферической крови эндотелиоцитов. Степень различий со средним показателем группы сравнения достигала 3,9 раза ($p < 0,01$).

Также о выраженном повреждении сосудистого эндотелия при наличии злокачественных новообразований свидетельствовало более чем двукратное превышение концентрации в крови фактора Виллебранда ($p < 0,01$).

Напротив, степень эндотелий зависимой вазодилатации, определяющая способность к расширению сосудов после ишемии или в результате ишемического воздействия на области кровоснабжения, была значительно снижена (на 34,0%, $p < 0,05$).

Повреждения эндотелия сосудов на фоне региональной или локальной (что более характерно для злокачественных новообразований) ишемии приводит обычно к увеличению продукции важнейшего вазодилатирующего фактора – оксида азота. Данный процесс имеет весьма сложные связи с генезом новообразования, процессом неоваскуляризации и обеспечением кровоснабжения ткани опухоли в различных условиях. Тем не менее, важно отметить, что повышение продукции метаболитов NO далеко не всегда соответствует положительным для организма в целом явлениям в случае наличия сосудистой патологии или новообразования [10].

В нашем исследовании отмечалось относительное повышение концентрации NO у больных, степень которого в среднем достигала 44,0% ($p < 0,01$).

Кроме того, между всеми исследованными численными показателями, характеризующими эндотелиальную функцию, были определены взаимосвязи, проявляющиеся в рамках проведенного анализа корреляци-

ями высокой и умеренной силы. Так, число смещенных эндотелиоцитов имело статистически значимую прямую корреляционную связь с концентрацией фактора Виллебранда ($r = 0,73$, $p = 0,0038$), обратную – со степенью ЭЗВД ($r = -0,66$, $p = 0,0047$). Не была статистически значимой связь первого из указанных показателей только с содержанием метаболитов NO в крови, которое подчинялось более сложной закономерности.

В таблице 3 представлены данные, характеризующие состояние сосудистого эндотелия у больных в зависимости от наличия ранних послеоперационных осложнений.

Степень превышения содержания циркулирующих эндотелиоцитов в группе без послеоперационных осложнений составила 3,1 раза, а с наличием осложнений – 5,3 раза ($p < 0,05$, $p < 0,01$ соответственно). Различия между группами в сторону превышения при наличии тяжелых осложнений составили 70,0% ($p < 0,01$).

Аналогично, в весьма значительной степени различались в выделенных подгруппах показатели содержания фактора Виллебранда. Степень превышения такового у больных без осложнений в раннем послеоперационном периоде составила 91,3% ($p < 0,05$), с послеоперационными осложнениями – 171,2% ($p < 0,01$). Также статистически значимыми были различия между подгруппами больных (41,9%, $p < 0,05$).

Снижение среднего показателя ЭЗВД отмечалось в обеих подгруппах, однако, степень таковой при отсутствии послеоперационных осложнений составляла только 25,2% ($p < 0,05$), а при наличии осложнений – 48,8% ($p < 0,01$). При этом статистически значимой оказалась и разница между подгруппами, достигающая 32,3% ($p < 0,05$).

Таблица 3.

Показатели состояния сосудистого эндотелия в зависимости от наличия ранних послеоперационных осложнений.

Показатель	Контрольная группа	Больные со злокачественными новообразованиями панкреатодуоденальной зоны	
		без ранних осложнений	с ранними послеоперационными осложнениями
Число циркулирующих эндотелиоцитов в крови (на 1000 тромбоцитов)	2,2	6,8	11,6
Концентрация фактора Виллебранда (%)	51,7	98,5	139,9
ЭЗВД (%)	18,6	13,9	9,4
Метаболиты NO в крови (мкМ/л)	41,3	44,2	87,5

Практически не наблюдалось особенностей содержания метаболитов оксида азота у больных без ранних послеоперационных осложнений. Данный факт оказывается существенно интересным, учитывая наличие эндотелиальной дисфункции по всем прочим исследованным показателям.

По нашему мнению, повреждение сосудистого эндотелия у больных со злокачественными новообразованиями, оперированных без развития осложнений в большой степени компенсируется в функциональном плане пожилым возрастом, наличием сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы. Известно, что у пожилых лиц и при артериальной гипертензии продукция NO эндотелием может снижаться [11].

Развитие гнойно-воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде резко меняет картину преобладающих влияний на сосудистый эндотелий. Известны прямые и опосредованные воздействия, заставляющие его при наличии оксидативного стресса производить большой объем свободного NO, который, тем не менее, не обеспечивает адекватной вазодилатации в виду нарушения чувствительности эффорных клеток и компартмента воздействия [12].

В ряде проведенных ранее исследований было показано, что эндотелиальная дисфункция в широком смысле этого термина, предусматривающая морфологические изменения сосудистого эндотелия и функциональные нарушения, ассоциирована с повышенным риском развития гнойно-воспалительных хирургических осложнений [6,13]. Однако до настоящего времени исследования в данном направлении не затрагивали больных со злокачественными новообразованиями. В то же время, у последних развитие любых осложнений в гораздо большей степени связано с риском для жизни, нежели в любых других неургентных хирургических ситуациях.

Полученные данные свидетельствуют о двух основных моментах. Во-первых, степень эндотелиальной дисфункции у онкологических больных значительно превышает таковую при прочих формах хирургической патологии желудочно-кишечного тракта. При этом наиболее значимые нарушения выявляются в отношении показателей, ассоциированных с системой гемостаза.

Тромбоэмболические осложнения и нарушения локального кровообращения определяют развитие большинства ранних послеоперационных осложнений. Даже несостоятельность анастомозов, как показывают результаты патофизиологических исследований, ассоциирована с тромбозами в зоне анастомоза или другими причинами недостаточности местного кровообращения [14]. Потенцирование таковых при злокачественных новообразованиях за счет системных изменений эндотелия резко повышает степень риска. Поэтому уровень

нарушения эндотелиальной функции может служить прогностическим критерием, для определения значимости которого требуются дальнейшие исследования.

Более того, потенциальным направлением для уменьшения риска послеоперационных осложнений в онкологической практике может быть коррекция эндотелиальных нарушений, пути реализации которой могут заключаться в воздействии на системные и местные механизмы.

Литература:

1. Versari D., Daghini E., Viridis A., Ghiadoni L., Taddei S. Endothelium-dependent contractions and endothelial dysfunction in human // Br J Pharmacol. 2009; 157(4): 527-36.
2. Zhang Z., Helman J.I., Li L.J. Lymphangiogenesis, lymphatic endothelial cells and lymphatic metastasis in head and neck cancer--a review of mechanisms // Int J Oral Sci. 2010; 2(1): 5-14.
3. Keefe D., Bowen J., Gibson R., Tan T., Okera M., Stringer A. Noncardiac vascular toxicities of vascular endothelial growth factor inhibitors in advanced cancer: a review. Oncologist. 2011; 16(4): 432-44.
4. Bridges E.M., Harris A.L. The angiogenic process as a therapeutic target in cancer. Biochem Pharmacol. 2011; 81(10): 1183-91.
5. Cappetta A., Lonardi S., Pastorelli D., Bergamo F., Lombardi G., Zagonel V. Advanced gastric cancer (GC) and cancer of the gastro-oesophageal junction (GEJ): focus on targeted therapies. Crit Rev Oncol Hematol. 2012; 81(1): 38-48.
6. Савельев В.С., Петухов В.А. Клиническое значение эндотелиальной дисфункции в хирургии (интернет-ресурс) // <http://medi.ru/doc/250902.htm>.
7. Бабышкина Н.Н., Стахеева М.Н., Слонимская Е.М., Чердынцева Н.В., Гарбуков Е.Ю. Иммунологические параметры и уровень продукции цитокинов у больных пролиферативными заболеваниями и раком молочной железы. Цитокины и воспаление. 2006; 5,1: 37-43.
8. Селихова Ю.Б. Характеристика иммунной и кровяной системы у больных раком молочной железы на различных этапах противоопухолевой терапии: автореф. дисс. к.м.н. Новосибирск, 2008: 23.
9. Celermajer D.S., Sorensen K.E., Spiegelhalter D.J. Aging is associated with endothelial dysfunction in healthy men years before the age-related decline in women. J. Am. Coll. Cardiol. 1994; 24: 471-76.
10. Невзорова В.А., Помоголова О.Г., Настрада О.В. Роль эндотелиальной дисфункции в прогрессировании метаболического синдрома от факторов риска до сосудистых катастроф. Тихоокеанский мед. журн. 2008; 3: 69-74.

11. Мартынов А.И., Аветян Н.В., Акатова Е.В. Дисфункция эндотелия у больных гипертонической болезнью. Кардиология. 2005; 10: 101-4.

12. Винокурова Л.В., Березина О.И., Дроздов В.Н., Петраков А.В., Нилова Т.В. Значение оксида азота и малонового диальдегида в диагностике обострения хронического панкреатита и эффективности его лечения. Лечащий врач. 2011; 2: 39-43.

13. Метельская В.А., Гуманова Н.Г. Оксид азота: роль в регуляции биологических функций, методы определения в крови человека. Лаб. Медицина. 2005; 7: 19-24.

14. Шарипов И.И. Профилактика несостоятельности анастомозов полых органов желудочно-кишечного тракта (экспериментальное исследование): автореф. дисс. к.м.н. Уфа, 2007: 25.

Тұжырым

ҚАТЕРЛІ ІСКІПЕН АУЫРҒАН ОТА ЖАСАЛҒАН НАУҚАСТАРҒА ЭНДОТЕЛИЙ ДИСФУНКЦИЯСЫНЫҢ ҚӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ МАНЫЗЫ

Я.М. Шойхет¹, С.Т. Олжаев², А.Ф. Лазарев¹

Ресей, Барнаул қ., Н.Н. Блохин атындағы Алтай бөлімі, РОҒО

Қазақстан Республикасы, Алматы қ., өңірлік онкологиялық диспансері

Осы зерттеу замануи медицинаның көпәндік бағыты бойынша жүргізілген - тамыр эндотелий зерттелген. Жұмыс мақсаты – қатерлі ісіктері бар ота жасалған науқастарда, тамыр эндотелиінде морфологиялық өзгерістерінің маңызы. 76 ұйқы безінің қатерлі ісігі бар 2-4 клиникалық кезеңі, науқастар зерттелген. Зерттеу нәтижелері бойынша екі қорытынды шығарылған. 1) отадан кейін тамыр эндотелийдың бұзылысының дәрежесі жоғары, басқа науқастармен салыстырғанда. 2) Өте қиын бұзылыстар гемостаз жүйесінің қарсаңымен байланысты. Болашақта онкологиялық емдеуде отадан кейін асқынуларды азайту үшін тамыр эндотелийдың бұзылыстарын коррекциялау керек.

Негізгі сөздер: ұйқы безінің және онекілі ішек аймағының қатерлі ісігі, отадан кейін асқынулар, эндотелий дисфункциясы.

Summary

PROGNOSTIC SIGNIFY OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN CANCER PATIENTS AFTER SURGERY

Ya.M. Shoikhet¹, S.T. Olzhaev², A.F. Lazarev¹

¹Altay branch of N.N. Blokhin Russian oncological scientific center,

²Almaty regional oncological clinic

The investigation is provided with use of the multidisciplinary direction of modern medicine – studying of vascular endothelium. The purpose of research was to define the importance of morphofunctional violations of vascular endothelium in respect of a current of the postoperative period at patients with malignancy of a pancreatoduodenal site. 76 patients with malignant neoplasm of a pancreatoduodenal site with II-IV clinical stage are surveyed. The obtained data testify to two highlights. Degree of endothelial dysfunction at oncological patients with postoperative complications exceeds that at patients without complications. Thus the most significant violations come to light concerning the indicators associated with hemostasis system. Correction of endothelial violations can be the potential direction for reduction of risk of postoperative complications in oncological practice.

Keywords: cancer of a pancreatoduodenal location, postoperative complications, endothelial dysfunction.

УДК 616.121-053.2-089

В.Л. Березуцкий, О.С. Мукашев, А.А. Дюржанов, Ж. Болатбекулы, Т.А. Раимханов, Д.К. Жакипбаев, А.Ш. Сарсекеева, Е.И. Хагай, Д.А. Антикеев, Р.З. Сарин, А.М. Мусина

РГП на ПХВ «Региональный Кардиохирургический Центр в г. Павлодар»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан, г. Павлодар

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ДЕТЕЙ

Аннотация

В данной статье отражен результат хирургического лечения дефекта межжелудочковой перегородки (ДМЖП). В РКЦ г.Павлодар проведено 32 оперативных вмешательства при ДМЖП. В 8 случаях ДМЖП сочетался с высокой легочной гипертензией. В раннем послеоперационном периоде отмечено уменьшение размеров правых отделов сердца и снижение давления в легочной артерии, исчез систолический шум.

Ключевые слова: дефект межжелудочковой перегородки, высокая легочная гипертензия, хирургическое лечение.

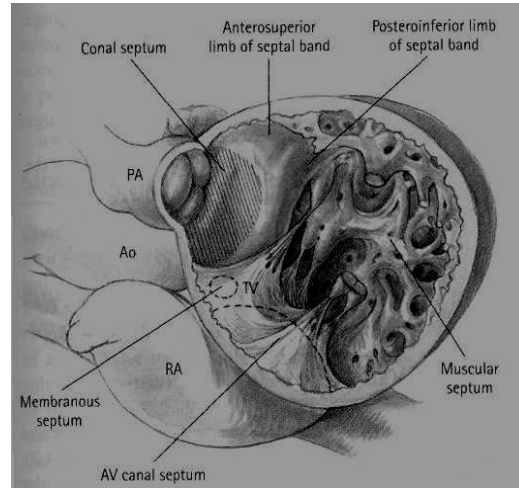
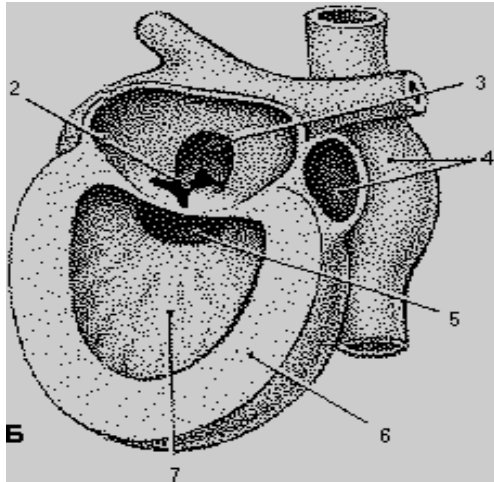
Цель и задачи исследования: Анализ и клиническая оценка результатов хирургического лечения дефектов межжелудочковой перегородки у детей (ДМЖП).

Эмбриология порока ДМЖП: После того, как первичная кардиальная трубка делает поворот петли вправо или влево в течение четвертой недели беременности,

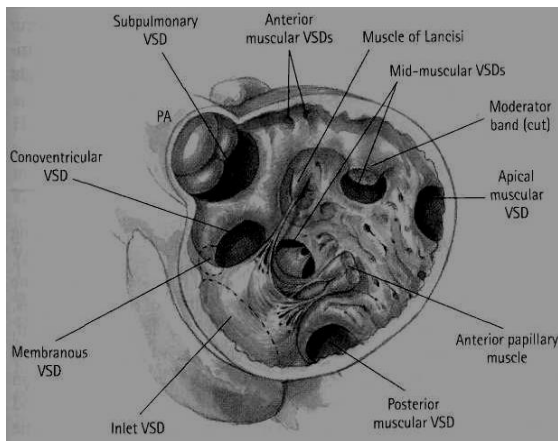
начинается септация желудочкового компонента кардиальной трубки с диафрагмальной или нижней поверхности сердца². Мышечная внутрижелудочковая перегородка формируется путем сближения в складку желудочковой мышцы. По мере роста она обычно присоединяется к конической перегородке, которая отделя-

ет выводной отдел правого желудочка от пути оттока из левого желудочка. Ван Праг описал путь, которым мышечная внутривентрикулярная перегородка снизу переплетается с конической перегородкой в Y-образное раздвоение септального пучка³, Заключительным компонентом закрытия межжелудочковой перегородки является мембранозная область, смежной с переднепере-

городочной комиссурой трикуспидального клапана. Мембранозная перегородка располагается под половиной некоронарной створки аортального клапана и под комиссурой, находящейся между некоронарной и правой коронарными створками. Септация обычно завершается в период между 38 и 45 днями беременности.



Межелуждочковая перегородка со стороны правого желудочка. Видны компоненты межжелуждочковой перегородки: мышечная часть межжелуждочковой перегородки, перегородка АВ-канала, мембранозная перегородка и конусная перегородка.



Материалы и методы

С февраля по октябрь 2013 год в детском отделении регионального кардиохирургического центра было прооперировано 104 ребенка с врожденными пороками сердца (ВПС). При поступлении родители детей указывали на недостаточную прибавку массы тела, одышку, частые простудные заболевания, пневмонии в анамнезе, беспокойный сон. У 80% детей выявлялись электрокардиографические нарушения: гипертрофия левого и правого желудочков, неполная блокада правой ветви пучка Гиса, горизонтальное положение электрической оси. Объективно отмечались: систолический шум во II-III межреберье слева от грудины, одышка, синюшность носогубного треугольника, акроцианоз.

Было выполнено 146 различных операции по коррекции ВПС, из которых 32(21.9%) составили дефекты межжелуждочковой перегородки. Среди них детей до 1 года - 5 (15,6%), от 1года до 3х лет 10(31%), от 3 и выше 17(53%).

Больных с ДМЖП в сочетании с ВЛГ 8 человек(25%), ДМЖП в сочетании с различными ВПС (добавочная ВПВ-1, дисплазия задней створки МК-1, бикуспидальный аортальный клапан-3).

По локализации дефекта: (отточных) - 3(9,3%), перимембранозных 17(53%), субаортальных 5(15.6%), приточных 5 (15.6%).

Существует много синонимов различных морфологических подтипов дефектов межжелуждочковой перегородки.

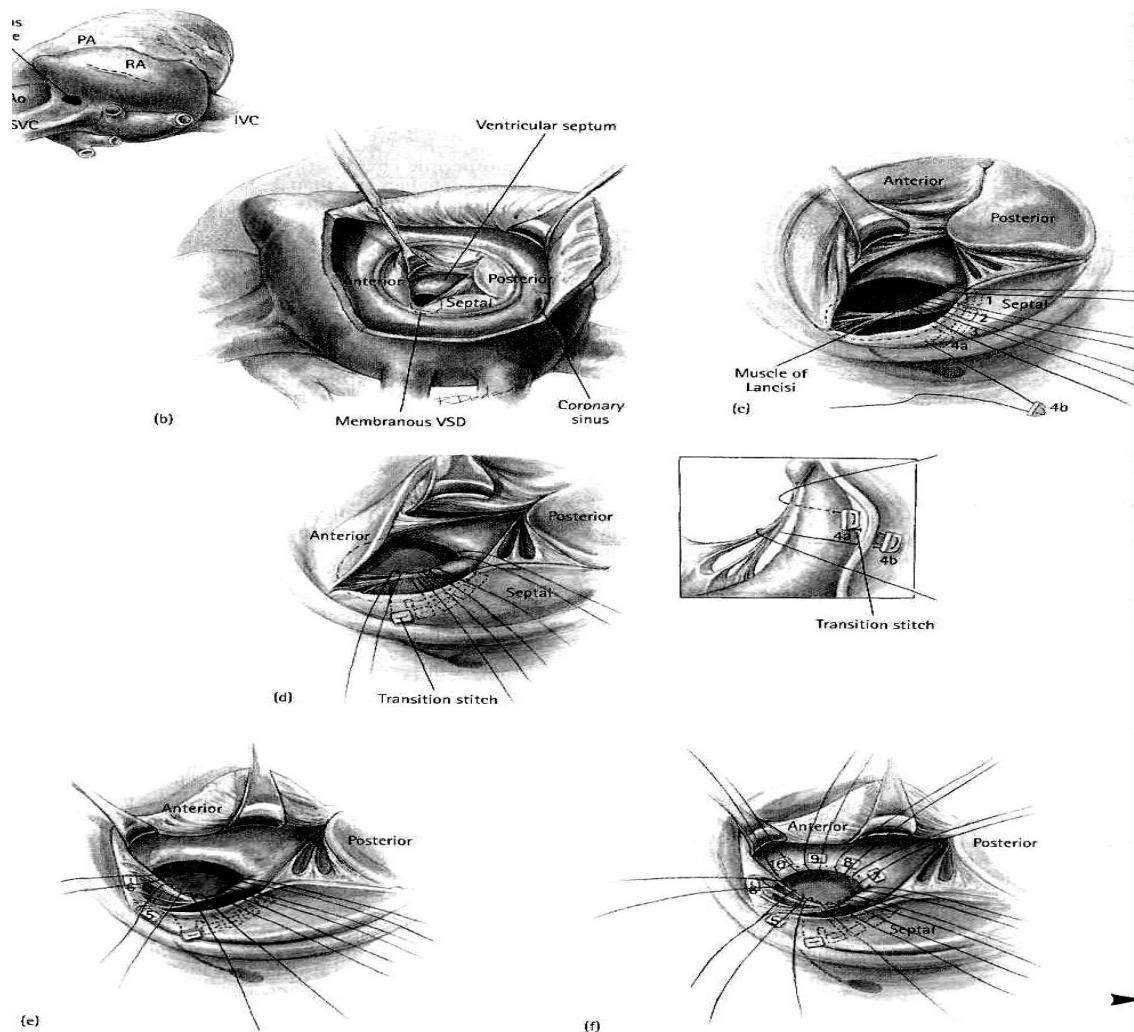
Классификация, используемая в РКЦ г.Павлодара различает ДМЖП мембранозные, коновентрикулярные, приточные, подлегочные и мышечные.

Им всем были выполнены радикальные коррекции ВПС. 2 случая (6%) ушивание дефекта П-образным швом на аутоперикардиальной заплатой с укреплением септальной створки трикуспидального клапана. Средняя продолжительность пережатия аорты во время искусственного кровообращения составила – 30.9 мин. Во всех случаях использовалась тепловая кровяная кардиолегия. Максимальный размер дефекта составил 20 мм, минимальный 3 мм.

Результаты.

В раннем послеоперационном периоде отмечено уменьшение размеров правых отделов сердца и снижение давления в легочной артерии, исчез систолический шум. Кроме того, прошла синюшность кожных покровов, у детей появился аппетит.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 3 (13%) детей. При этом у 1 (4.5%) больного имело место нарушения ритма и проводимости сердца, этому же больному был имплантирован постоянный кардиостимулятор. Нагноений и расхождений краев раны не было. В результате прогрессирующей сердечной недостаточности к летальному исходу привели 2 (9%) случая.



Для оценки результатов позднего послеоперационного периода за больными ведется динамическое амбулаторное наблюдение.

Выводы. Таким образом, результаты хирургического лечения дефектов межжелудочковой перегородки можно

считать хорошими. Это выражается в улучшении общего состояния, качества жизни пациента и исчезновением жалоб предъявляемых до операции и переводение группы пациента с II – III ФК в I.

Тұжырым

БАЛАЛАРДА ҚАРЫНШАЛАР ҚАБЫРҒАСЫНЫҢ АҚАУЛАРЫНЫҢ ОТАДАН КЕЙІН АЛҒАШҚЫ НӘТИЖЕЛЕРІНІҢ КЛИНИКАЛЫҚ БАҒАЛАУЫ

В.Л. Березуцкий, О.С. Мукашев, А.А. Дюржанов, Ж. Болатбекулы, Т.А. Раимханов, Д.К. Жакипбаев, А.Ш. Сарсекеева, Е.И. Хагай, Д.А. Антикеев, Р.З. Сарин, А.М. Мусина

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі «Павлодар қаласындағы өңірлік кардиохирургиялық орталық», Павлодар қ.

Бұл мақалада қарыншалар далдасы ақауының (ҚДА) хирургиялық емдеудің нәтижелері көрсетілген. Павлодар қ. РКХО ҚДА бойынша 32 оталық кірісулер жүргізілген. 8 жағдайда ҚДА жоғары өкпе гипертензиясымен үйлескен. Отадан кейінгі кезеңде жүректің оң жақ бөліктерінің кішірейгені және өкпе артериясының қысымы төмендегені байқалды, систолиялық шуы басылды.

Негізгі сөздер: қарыншалар далдасының ақауы, жоғары өкпе гипертензиясы, хирургиялық емдеу.

Summary

CLINICAL EVALUATION OF THE IMMEDIATE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF VENTRICULAR SEPTAL DEFECT IN CHILDREN

V.L. Berezutski, O.S. Mukhashev, A.A. Dyurzhanov, J. Bolatbekuly, T.A. Raimhanov, D.C. Zhakipbaev, A.S. Sarsekeyeva, E.I. Hagai, D.A. Antikeev, R.Z. Sarin, A. Mussina

Regional Cardiosurgical Center, Pavlodar

This paper reflects the results of surgical treatment of ventricular septal defect (VSD). In RCC Pavlodar conducted 32 operational intervention for VSD. In 8 cases of VSD combined with high pulmonary hypertension. In the early postoperative period marked reduction in the size of the right heart and the reduction of pressure in the pulmonary artery systolic murmur disappeared.

Key words: ventricular septal defect, high pulmonary hypertension, surgical treatment.

УДК 616.132-616.13-007.64-089

А.А. Дюржанов, О.С. Мукашев, А.М. Антикеев, М.А. Райханов, И.В. Гловацкая

**РГП на ПХВ «Региональный Кардиохирургический Центр в г. Павлодар»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан, г. Павлодар****НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ****Аннотация**

В данной статье отражена одна из самых интересных патологий аорты – аневризма восходящего отдела. Причиной данного заболевания является поражение стенок аорты, обусловленное генетическими отклонениями. В результате происходит перерастяжение стенок аорты и высока вероятность расслоения или разрыва. В РКЦ г.Павлодар было проведено 14 оперативных вмешательств при аневризме восходящей аорты в сочетании с другими патологиями клапанов и сосудов сердца. После проведенного хирургического лечения у всех пациентов отмечалось улучшение общего состояния, уменьшение степени регургитации на аортальном клапане и степени риска разрыва аорты, увеличение ФВ ЛЖ.

Ключевые слова: аневризма восходящей аорты, операция Бенгалла, операция Дэвида.

Аневризма аорты — ограниченное расширение просвета аорты, возникающее вследствие выпячивания ее измененной стенки. Основными причинами аневризмы аорты являются аортит, главным образом сифилитический, и атеросклероз аорты.

Гораздо реже аневризма аорты является следствием травмы или врожденных нарушений структуры стенки аорты (синдромы Марфана, Элерса-Данло). Аневризмы аорты чаще наблюдается у мужчин. Локализуются аневризмы в подавляющем большинстве случаев в грудном отделе аорты. Аневризмы грудной аорты, особенно ее восходящей части, обычно бывают сифилитической этиологии, аневризмы брюшной аорты — атеросклеротической. Чаще образуется одна аневризма, но могут возникать две и больше. По величине аневризма аорты варьирует от очень маленьких, едва заметных, до огромных, сдавливающих соседние органы и выпячивающихся за пределы грудной клетки. Давность аневризмы аорты установить обычно трудно, так как неизвестно, сколько времени продолжается аортит и когда появляются первые признаки аневризмы. Клиническая картина аневризмы аорты зависит от ее локализации, размеров, формы и направления роста. Однако в ряде случаев даже значительные по величине аневризмы аорты могут протекать бессимптомно и выявляться случайно при рентгенологическом исследовании или аутопсии. Аневризма начального отдела восходящей аорты (рис.1), или аневризма синусов Вальсальвы, встречается наиболее редко. При значительных размерах эта аневризма может сдавливать прилежащие легочную артерию, правое предсердие, верхнюю полую вену с развитием застойных явлений выше места сдавления. В ряде случаев происходит прорыв аневризмы синусов Вальсальвы в правые отделы сердца. Это сопровождается появлением загрудинных болей, интенсивного шума, прослушиваемого в течение всей систолы и диастолы, симптомов перенапряжения и недостаточности правого желудочка. Аневризма восходящей аорты встречается несколько чаще. Больные обычно испытывают тупые давящие длительные боли в верхней части груди. Чаще всего эта аневризма распространяется впереди и при значительной величине образует выпячивание участка грудной клетки в виде пульсирующей «опухоли». Характерны систолическое дрожание и шум в области рукоятки грудины и во II—III межреберьях по краям грудины. Нередко отмечается недостаточность аортальных клапанов с диастолическим шумом на аорте, выраженной пульсацией сонных артерий,

увеличением пульсового давления, капиллярным пульсом и др.



Рисунок 1.

Цель исследования

Анализ результатов хирургического лечения аневризм восходящего отдела аорты в «РКЦ г.Павлодар».

Материалы и методы

С января месяца 2013 года в условиях «РКЦ г.Павлодар» было выполнено 14 оперативных вмешательств при аневризмах восходящего отдела аорты в сочетании с различными патологиями клапанов (аортальная недостаточность – 14 случаев, митральная недостаточность – 5 случаев, трикуспидальная недостаточность – 4 случая) и сосудов (однососудистое поражение коронарного русла – 2 случая) сердца. Возраст пациентов составил от 29 лет до 74 лет, пол – 9 мужчин, 5 женщин. Хроническая сердечная недостаточность варьировала в пределах III-IV функционального класса по NYHA. В плане предоперационной подготовки, помимо стандартных методов обследований, всем пациентам была проведена 64-срезовая КТ-ангиография восходящего отдела аорты, где определялся размер аневризматического выпячивания восходящего отдела аорты, диаметр аорты, протяженность, степень расслоения, полостные размеры сердца.



Рисунок 2а.

КТ картина аневризмы восходящей аорты



Рисунок 2б.

КТ картина аневризмы восходящей аорты

Средний размер аневризм восходящего отдела аорты составил 5,8см. Методом ЭхоКГ у пациентов определялась фракция выброса, КДО, КСО ЛЖ и степень недостаточности на аортальном, митральном и трикуспидальном клапанах. Средняя ФВ ЛЖ составила 42%, КДО=210мл, КСО=127мл; аортальная недостаточность II-III степени, митральная недостаточность III степени, трикуспидальная недостаточность III-IV степени.

На основании полученных результатов КТ-ангиографии и ЭхоКГ пациентам были проведены соответствующие операции:

1) операция Бенталла заключается в иссечении и протезировании аортального клапана и восходящей аорты одним комбинированным клапаносодержащим синтетическим протезом с реимплантацией коронарных сосудов в протез – 6 случаев.

2) операция Дэвида проводится в случае минимальной аортальной недостаточности или, когда удает-

ся сохранить клапан путем пластической операции. Выполняется протезирование восходящего отдела аорты с сохранением нативного клапана – 8 случаев.

Данные операции сочетались с пластикой (4 случая) или протезированием (1 случай) митрального (5 случаев) и трикуспидального (4 случая) клапанов, аортокоронарным шунтированием (2 случая).

Результаты: после проведенного хирургического лечения у всех пациентов отмечалось улучшение общего состояния, уменьшение степени регургитации на аортальном клапане и увеличение ФВ ЛЖ.

Выводы: хирургическое лечение аневризм восходящего отдела аорты в условиях «РКЦ г.Павлодар» является методом выбора хирургического лечения у данной категории пациентов и имеет удовлетворительные результаты.

Тұжырым

ҚОЛҚАНЫҢ ЖОҒАРҒЫ БӨЛІГІНІҢ АНЕВРИЗМАСЫН БІЗДІҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕМІЗ

А.А. Дюржанов, О.С. Мукашев, А.М. Антикеев, М.А. Райханов, И.В. Гловацкая
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі «Павлодар қаласындағы өңірлік кардиохирургиялық орталық», Павлодар қ.

Осы мақалада қолқа ақауларының ең қызықтысы – қолқаның жоғарғы бөлігінің аневризмасы көрсетілген. Генетикалық ауытқуларға байланысты бұл аурудың себебі қолқаның қабырғаларының зақымдалуы. Нәтижесінде қолқаның қабырғалары қатты созылып шарбыланып немесе жарылып кетуі мүмкін. Павлодар қ. РКХО қолқаның өрлемелі аневризмасы бойынша жүрек тамырлары мен қақпақшаларының басқа да ақауларымен үйлестіре 14 оталық кірісулер жасалды. Хирургиялық емдеуден кейін барлық пациенттердің жалпы жағдайы жақсарғаны, қолқа қақпақшасының регургитация дәрежесі төмендегені байқалды және қолқаның жарылып кету қаупі азайды, ФВ ЛЖ көбейді.

Негізгі сөздер: қолқаның жоғарғы бөлігінің аневризмасы, Бенталл отасы, Дэвид отасы.

Summary

OUR EXPERIENCE WITH SURGICAL TREATMENT OF ANEURYSMS OF THE ASCENDING AORTA

A.A. Dyurzhanov, O.S. Mukhashev, A.M. Antikeev, M.A. Rayhan, I.V. Glovatskaya
Regional Cardiosurgical Center, Pavlodar

This article reflects one of the most interesting aortic pathologies - aneurysm of the ascending aorta. The cause of this disease is the loss of the walls of the aorta caused by genetic defects. The result is a hyperextension of the walls of the aorta and a high probability of dissection or rupture. In RCC Pavlodar held 14 surgeries in ascending aortic aneurysm in combination with other abnormalities of the heart valves and blood vessels. Following the surgical treatment of all patients showed improvement in the general condition, reduced the degree of aortic valve regurgitation and degree of the risk of rupture of the aorta, the increase in LVEF.

Key words: aneurysm of the ascending aorta, Bentall operation, David operation.

УДК 616.12-053.1-089

Д.К. Жакипбаев, О.С. Мукашев, А.А. Дюржанов, Ж. Болатбекулы, Т.А. Раимханов, В.Л. Березуцкий, Е.И. Хагай, А.Ш. Сарсекеева, Р.З. Сарин, А.М. Мусина, Д.А. Антикеев, З.М. Борамбаева, Т.А. Молайханов

**РГП на ПХВ «Региональный Кардиохирургический Центр в г. Павлодар»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан, г. Павлодар**

МНОГОЭТАПНАЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ В «РЕГИОНАЛЬНОМ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ Г. ПАВЛОДАР» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Аннотация

В данной статье отражены основные принципы многоэтапной гемодинамической коррекции сложных врожденных пороков сердца (ВПС) у детей. В РКЦ г.Павлодар проведено 3 оперативных вмешательства при сложных ВПС, каждое из которых относится к одному из этапов многоэтапной гемодинамической коррекции сложных ВПС. В результате отмечается улучшение общего состояния пациента и возможность проведения следующего этапа коррекции

Ключевые слова: гемодинамическая коррекция, анастомоз по Блэлок-Тауссиг, анастомоз по Гленну, операция Фонтена в модификации экстракардиального кондуита.

Многоэтапная гемодинамическая коррекция сложных врожденных пороков сердца (ВПС) у детей занимает особое место в детской кардиохирургии. Частота встречаемости сложных ВПС составляет 30%. При сложных ВПС невозможна радикальная анатомическая коррекция порока, и поэтому применяется методика многоэтапной гемодинамической коррекции. Принцип метода заключается в том, чтобы с помощью анастомозов «обойти» правые или левые отдела сердца и «выключить» их из кровообращения.

Цель исследования: анализ этапов гемодинамической коррекции сложных ВПС у детей в «РКЦ г. Павлодар».

Материалы и методы: за период с февраля по октябрь месяц 2013 года в «РКЦ г.Павлодар» было выполнено 3 оперативных вмешательства, каждое из которых относится к различным этапам проведения гемодинамической коррекции сложных ВПС у детей. Возраст пациентов варьировал от 3-х месяцев до 13-ти лет (в среднем 4,5 лет), вес – от 6 кг до 28 кг (в среднем 11 кг). В каждом из 3-х случаев основным диагнозом являлся сложный ВПС, в состав которого входило: атрезия трехстворчатого клапана – в 2-х случаях, единственный

желудочек сердца – в 2-х случаях, атрезия легочной артерии – в 2-х случаях, двойное отхождение магистральных сосудов от ПЖ – в 1-ом случае, ДМЖП – в 2-х случаях, ДМПП – в 1-ом случае, гипоплазия ветвей легочной артерии – в 1-ом случае, стеноз ЛА – в 1-ом случае, ОАП – в 1-ом случае, большие аорто-легочные коллатеральные артерии – в 2-х случаях, отсутствие печеночного сегмента НПВ с azygos-продолжением – в 1-ом случае, добавочная левосторонняя ВПВ – в 1-ом случае. Предоперационная подготовка включала в себя стандартный протокол: объективный осмотр, лабораторные (группа крови и резус-фактор, ОАК, ОАМ, кал на я/г, БХАК, коагулограмма, кровь на RW, ВИЧ и гепатиты В, С) и инструментальные (ЭКГ, Р-графия ОГК, ЭхоКГ, УЗИ ОБП и почек, НСГ, 64-срезовая КТ-ангиография сердца и сосудов, зондирование полостей сердца) методы исследований, консультация узких специалистов, базисная медикаментозная терапия (сердечные гликозиды, диуретики, гипотензивные) в возрастных дозировках.

На основании полученных результатов было проведено соответствующее оперативное вмешательство:

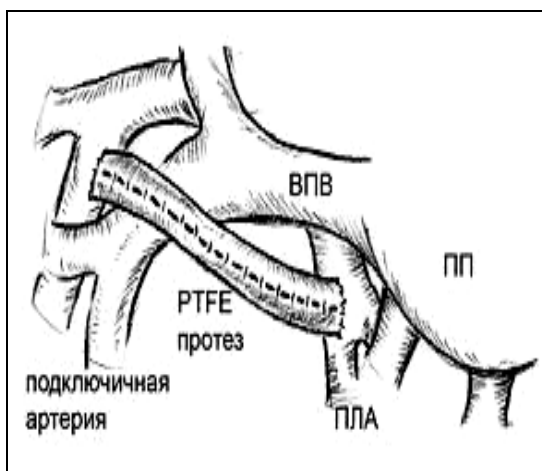


Рисунок 1. Формирование модифицированного системно-легочного анастомоза по Блэлок-Тауссиг синтетическим протезом Gore-tex – 1 случай

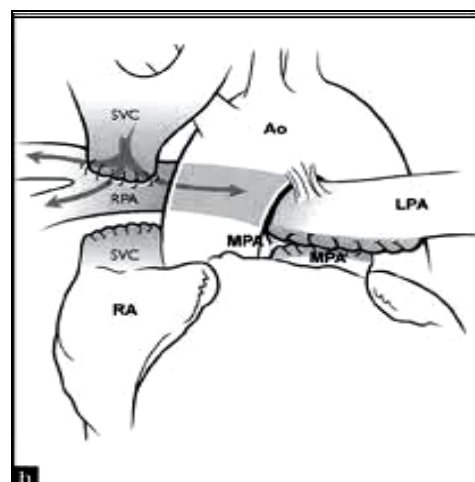


Рисунок 2. Формирование двунаправленного кавопульмонального анастомоза по Гленну – 1 случай

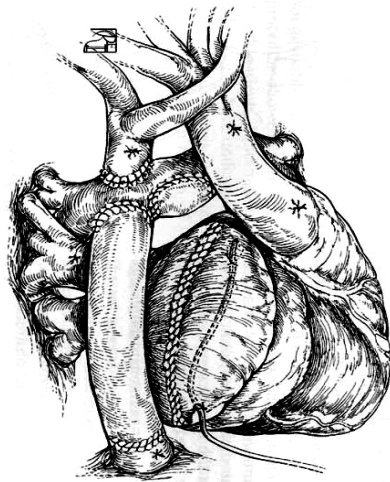


Рисунок 3. Операция Фонтена в модификации экстракардиального кондукта синтетическим протезом Gore-tex – 1 случай.

Результаты

В 2-х случаях в послеоперационном периоде отмечалось улучшение общего состояния и качества жизни пациента (отсутствие одышки и синюшности кожных покровов, прибавка в массе тела), положительная динамика в результатах лабораторно-инструментальных методов исследований (снижение уровня Нв как признак уменьшения степени хронической гипоксемии, увеличение SpO₂, диаметра ЛА, КДР и ФВ системного желудочка) и возможность проведения следующего этапа гемодинамической коррекции сложного ВПС; в 1-м случае в послеоперационном периоде развился отек головного мозга с последующим вклинением ствола в БЗО, что привело к летальному исходу.

Выводы

Многоступенчатая гемодинамическая коррекция сложных ВПС у детей в условиях «РКЦ г. Павлодар» является методом выбора хирургического лечения ВПС у данной категории пациентов, с учетом показаний к соответствующему этапу коррекции.

Тұжырым

**ҚАЗАХСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ «ПАВЛОДАР ҚАЛАСЫНДАҒЫ Өңірлік кардиохирургиялық орталық»
БАЛАЛАРДЫҢ КҮРДЕЛІ ЖТБА КӨП КЕЗЕҢДІ ГЕМОДИНАМИКАЛЫҚ ТҮЗЕТУІ**
Д.К. Жақипбаев, О.С. Мукашев, А.А. Дюржанов, Ж. Болатбекулы, Т.А. Раимханов,
В.Л. Березуцкий, Е.И. Хагай, А.Ш. Сарсекеева, Р.З. Сарин, А.М. Мусина,
Д.А. Антикеев, З.М. Борамбаева, Т.А. Молайханов

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі «Павлодар қаласындағы өңірлік кардиохирургиялық орталық», Павлодар қ.

Бұл мақалада күрделі ЖТБА бар балалардың көпкезеңдік гемодинамикалық түзетулердің негізгі қағидалары көрсетілген. Павлодар қ. РКХО күрделі ЖТБА бойынша 3 оталық кірісулер өткізілді, әрқайсысы күрделі ЖТБА көпкезеңдік гемодинамикалық түзетулердің бір кезеңіне жатады. Нәтижесінде пациенттің жалпы жағдайының жақсаруы байқалып келесі түзету кезеңіне мүмкіндігі бар.

Негізгі сөздер: гемодинамикалық түзету, Блэлок-Тауссиг бойынша анастомоз, Гленн бойынша анастомоз, Фонтен отасы экстракардиалды кондукт нұсқасында.

Summary

**MULTI-STAGE HEMODYNAMIC CORRECTION OF COMPLEX CHD IN CHILDREN
IN THE "REGIONAL CARDIOSURGICAL CENTER PAVLODAR CITY"
MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN**

D.K. Zhakipbaev, O.S. Mukhashev, A.A. Dyurzhanov, J. Bolatbekuly, T.A. Raimhanov,
V.L. Berezutski, E.I. Hagai, A.Sh. Sarsekeyeva, R.Z. Sarin, A. Mussina
D.A. Antikeev, Z.M. Borambaeva, T.A. Molayhanov
Regional Cardiosurgical Center, Pavlodar

This article describes the basic principles of a multi-stage hemodynamic correction of complex CHD in children. In Pavlodar RCC were 3 operative intervention in complex CHD, each of which refers to one of the stages of a multi-stage hemodynamic correction of complex CHD. As a result, there is improvement in the general condition of the patient and the ability of the next phase of correction.

Key words: hemodynamic correction, modified Blalock-Taussigshunt, Glenn anastomosis, Fontan operation in modifications extracardiac conduit.

УДК 616.33-006.5-089

М.М. Гладинец, Н.Р. Найманбаев, Г.Ж. Ермуратова, А.Е. Мукашева, А.Н. Тусунбаева, К.А. Гурда

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра хирургии и травматологии

ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА

Аннотация

Лечение полипоза желудка весьма актуально по настоящее время. Если при гистологическом исследовании удаленного полипа выявлены атипичные клетки, следует произвести операцию, как при раке желудка, по правилам онкологического радикализма. Лечебная тактика не зависит от величины полипов. Полипы подлежат удалению путем эндоскопической электроэксцизии или производится операция резекции желудка по правилам соблюдения абластики и антибластики.

Ключевые слова: полипэктомия, малигнизация, резекция желудка, эндоскопическая полипэктомия, электроэксцизия, электрокоагуляция, полипоз желудка, прицельная биопсия, рефлюкс-эзофагит.

Актуальность: В настоящее время нет единого мнения о способах и результатах лечения больных с полипами желудка, даже среди онкологов. Одни исследователи предлагают классическую резекцию желудка [1,10], обосновывая свою точку зрения высоким процентом озлокачествления полипов, а также рецидивом рака желудка после органосохраняющей операции. При отсутствии признаков малигнизации полипов рекомендуют ученые производить полипэктомию, а при озлокачествлении - резекцию желудка [5,11], считая, что рецидивы после полипэктомии наблюдаются не чаще, чем после резекции [2,6,8,9]. Сторонники удаления полипов через эндоскоп при их диаметре 2-3 см рекомендуют эндоскопическую полипэктомию [3,8], подчеркивая, что правильно выполненная электроэксцизия и электрокоагуляция полипов осложнений почти не дает. В отдаленных результатах лечения полипов желудка после резекции, эндоскопической полипэктомии в клинике рецидивы встречаются редко. Располагаются полипы в антральном, проксимальном отделах, реже в теле желудка. По форме бывают шаровидные, овальные, грибовидно-сосочковые. Они свисают на тонкой ножке, отдельные на широком основании в просвете желудка. Полипы относятся к предраковому заболеванию желудка.

Цель исследования: проведение клинико-инструментальной оценки результатов лечения больных, которые перенесли резекцию желудка, эндоскопическую полипэктомию по поводу полипоза желудка.

Нами обследовано 241 пациент с полипами желудка в возрасте от 18 до 69 лет. Больные разделены на 3 группы: 1-ю группу составили 59 больных с локализацией полипов в антральном отделе: 34 - в теле желудка вблизи антрального отдела, 25 - в антральном отделе. Диаметр полипов 0,8-8 см., окраска полипов у 26 больных была ярко-красной, у 30- розовой и у 3 - бледно-розовой. У 44 больных отмечался отек слизистой оболочки полипа, им выполнена резекция желудка.

Во 2-ой группе было 64 больных, которым проведена хирургическая полипэктомия. 118 больным 3-ей группы осуществлена эндоскопическая полипэктомия.

Лечение больных проводилось в хирургических отделениях. Малигнизация полипов с увеличением их размеров по статистике бывает в теле, кардиальном отделе желудка в 62,4%. В антральном отделе протекают бессимптомно у 35,5% больных. Наибольшую информацию в выявлении полипов дает гастроскопия. Окончательный диагноз ставится после электроэксцизии полипа и проведения гистологического исследования удаленного полипа.

В амбулаторных условиях 42 больным выполнены эндоскопическая полипэктомия. Точный диагноз полипоза желудка устанавливался на основании прицельной биопсии, гистологического и цитологического изучения биоптатов. В более отдаленные сроки больных обследовали каждые полгода с использованием эндоскопии. У 47,4 % больных контрольное обследование осуществлялось в ранние сроки в результате появления жалоб у них. Отдаленные результаты лечения оценивали как хорошие, удовлетворительные и плохие. Хорошим считался результат, при котором больные не предъявляли жалоб, как до операции, общее состояние улучшалось, гастроскопическое исследование патологических изменений в желудке, культе не выявлялись. При наличии жалоб, которые отражали ухудшение общего самочувствия, проводилось им гастроскопическое исследование, где обнаружен у них поверхностный гастрит, дуоденит и относились - к удовлетворительным. Если у больных выявляли рак или рецидив полипа, новые полипы и наступало значительное ухудшение общего состояния, результаты лечения считали неудовлетворительными. Показанием к резекции желудка у больных 1-й группы явилось увеличение количества полипов, что свидетельствовало о повышении опасности их злокачественного перерождения или локализация нескольких полипов на одной площадке, распространенный полипоз, нельзя было исключить рак желудка на основании данных эндоскопии, гистологического исследования материалов прицельной биопсии. После резекции желудка у 3 больных развилась гипостатическая пневмония, у 2-несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки, у 3-х нагноение послеоперационной раны и у 1 больного - эвентрация кишечника.

В среднем через 4 месяца больные приступили к работе. После резекции желудка хорошие отдаленные результаты отмечены только у 12 больных, удовлетворительные - у 25. Демпинг-синдром развился в легкой степени у 9, у 3 - диагностирован рак культи желудка, у 7 - рецидив полипов. У больных 2-й группы, полипы в антральном отделе локализовались в 26 наблюдениях, в теле желудка - в 12, в области кардии - в 8, одновременно в антральном отделе и теле желудка - в 18-ти наблюдениях, диаметр полипов 0,9-6,5 см. У 28 больных полипы были ярко-красного цвета, у 33 - розового, у 3 бледно-розового. У 37 больных этой группы наблюдалась отечность слизистой оболочки желудка вокруг полипа. Больным этой группы производилось иссечение полипов с участком слизистой оболочки по общепринятой методике с хорошим исходом. Только у 2 больных зарегистрировано осложнение - гипостатическая пневмония, у 3 - нагноение послеоперационной раны. Продолжительность пребывания в стационаре, в среднем 9

дней. В более отдаленные сроки, 5 лет, при динамическом наблюдении за больными хорошие результаты отмечены у 49, удовлетворительные - у 15. У 2 - выявлен рак желудка, у 6 - рецидивы полипов, у 3-х появились новые полипы. Больным 3-й группы проведена эндоскопическая полипэктомия желудка. У 67 пациентов этой группы полипы были аденоматозные, у 49 - гиперпластические, у 2 - грануляционные. Антральное расположение полипов наблюдалось у 74 больных, в теле желудка - у 39, в двух отделах - у 5 больных, диаметр полипов 0,5-2,5 см.

Всем больным произведена эндоскопическая операция японским эндофиброскопом «Олимпус». После эндоскопической полипэктомии у 4 больных наблюдалось первичное кровотечение из основания удаленного полипа, которое было остановлено электрокоагуляцией. Вторичных кровотечений мы не наблюдали. Все больные приступили к работе по своей профессии через 2-недели. При контрольных исследованиях после удаления полипов отмечены сроки эпителизации раневой поверхности слизистой оболочки желудка. При диаметре основания до 1 см эпителизация наступала в среднем через 10 дней, от 1 до 2 см через 14-16 дней с образованием рубца. В отдаленные сроки хорошие результаты отмечены у 97 больных, удовлетворительные - у 21, неудовлетворительные - у 2-х больных. Рак желудка развился в 4-х наблюдениях. Рецидивы полипов у 12 больных после полипэктомии.

Из вышеизложенного следует, что при направлении больных на хирургическое лечение по поводу полипов желудка необходим дифференцированный подход к выбору метода - резекции желудка, иссечения слизистой оболочки с полипом или эндоскопической полипэктомии. Такая тактика подхода дает большую эффективность лечения полипов желудка. При морфологическом исследовании удаленного полипа в случае выявления атипичных клеток необходимо произвести радикальную операцию, как при раке желудка, по правилам онкологического радикализма.

Выводы. 1. Эффективность лечения полипоза желудка находится в прямой зависимости от качества диагностики и правильной интерпретации полученных ре-

зультатов клинического, лабораторного и инструментального методов исследования больного.

2. Резекция желудка, иссечение участков слизистой оболочки желудка с полипами и эндоскопическая полипэктомия имеют свои показания. Решающую роль в определении характера полипоза в выработке методов лечения играет эндоскопическое исследование с изучением биопсийного материала.

3. Рецидивы полипов желудка встречаются, как при хирургической полипэктомии - 9,4 %, так и после удаления полипов через эндоскоп - 10,2 %. Эндоскопическая полипэктомия выполняема как при одиночных, так и при множественных полипах; она менее травматична, чем резекция желудка и хирургическая полипэктомия сокращает сроки пребывания в стационаре и ускоряет сроки полного восстановления трудоспособности.

Литература:

1. Савельев В.С. с соавт., Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3-х томах., М.: ГОЭТАР - Мед. - 2010., Т.2., - 864 с.
2. Савельев В.С. и др. Хирургические болезни: Учебник + СД: в 2-х т., ГОЭТАР - Мед. 2008. Т. 2. - 608 с.; Т. 2. - 400 с.
3. Щалимов А.А. с соавт., Руководство по абдоминальной хирургии. Киев. 2006. С. 285-298.
4. Ванцян Э.Н., Флинигберг К.А. - В кн.: Некоторые вопросы современной хирургии. - Тбилиси, 1966, - С. 101-108.
5. Госсадж Дж. А., Модарай Б., Сахай А., Уорт Р., 100 клинических разборов. Хирургия: учебное пособие / пер. с англ. под ред. А.Ф.Черноусова, Т.В. Хоробрых. - М., 2009. - 288с.
6. Стуччи А., Беккер Дж. - Хирургические болезни - М., 2010. - 768 с.
7. Чиссова В.И., Онкология. Национальное руководство СД., - М.: Гэотар - Медиа, 2008. - 1072с.
8. Федоров И.В. Эндоскопическая хирургия. -М., 2009. - 480 с.
9. Belsito A.A., Dickinson P.B. Gastroenterology, 1973, vol. 64, p. A - 145/831.

ТҮЖЫРЫМ

АСҚАЗАН ПОЛИПТЕРІН ЕМДЕУ

М.М. Гладинец, Н.Р. Найманбаев, Г.Ж. Ермуратова, А.Е. Мукашева, А.Н. Тусупбаева, К.А. Гирда
Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,

Хирургия және травматология кафедрасы

Асқазан полипозының емдеу тиімділігі диагностиканың сапалылығынан және науқастың клиникалық, лабораториялық, инструменталдық әдістер арқылы алынған нәтижесіне байланысты. Асқазан резекциясы, асқазанның шырышты қабатының аймақтарын кесу және эндоскопиялық полипэктомиялардың өзінің көрсеткіштері бар. Полипоздың сипатын анықтауда және емдеу әдістерінде биопсиялық материалын оқуда эндоскопиялық зерттеу ерекше рөл ойнайды. Асқазан полиптерінің рецидивы, яғни қайталануы хирургиялық полипэктомияда - 9,4%, қалай кездессе, эндоскоп арқылы жоюда кездеседі - 10,2%. Эндоскопиялық полипэктомия бір және бірнеше полиптерде қолданылады; асқазан резекциясы, хирургиялық полипэктомияларға қарағанда бұл әдіс аса жарақатты емес, стационарға келген уақытты қысқартады және еңбекқорлықтың қалпына келуі уақытының жылдамдығын арттырады.

Негізгі сөздер: Полипэктомия, малигнизация, асқазанрезекциясы, эндоскопиялық полипэктомия, электрокоагуляция, электрокоагуляция, асқазанполипозы, прицельді биопсия, рефлюкс-эзофагит.

Summary

TREATMENT OF POLYPS OF THE STOMACH

M.M. Gladinets, N.R. Naimanbayev, G.Zh. Yermuratova, A.E. Mukasheva, A.N. Tusupbayeva, K.A. Girda
Semey State Medical University, Department of surgery and traumatology

The results of surgery for polyps of the stomach were studied in follow up periods of 10 years. Gastroscopy with histological and cytological examination of the removed material was the main method for making the diagnosis of the disease. Recurrences were encountered with the same frequency after resection of the stomach, removal of polyps, and endoscopic polypectomy. Endoscopic polypectomy was performed in most patients with polyposis of the stomach. Malignant degeneration of polyps and generalized polyposis are indications for resection of the stomach.

Key words: Polypectomy, Malignant, resection of the stomach, endoscopic polypectomy.

УДК 617.341-089.2:618.1-089

С.Б. Имангазинов, Н.К. Ардабаев, Д.Н. Ардабаев, Р.С. Казангапов

Павлодарский филиал Государственного медицинского университета города Семей, г. Павлодар

СЛУЧАЙ ОБШИРНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ВО ВРЕМЯ ПЛОДОРАЗРУШАЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ

Аннотация

Описан редкий клинический случай повреждения тонкой кишки во время плодоразрушающей операции. Проведена обширная резекция тонкой кишки. В дальнейшем наблюдался синдром мальабсорбции.

Ключевые слова: повреждения, тонкая кишка, плодоразрушающая операция.

Во время плодоразрушающих операций нередко встречаются осложнения - кровотечение, неполное извлечение плодного яйца, перфорация стенки матки. Но такие осложнения как тотальный отрыв тонкой кишки с размождением и гангреной бывают в исключительных случаях.

Целью нашего сообщения является описание тяжелого абдоминального осложнения после плодоразрушающей операции. Приводим клиническое наблюдение.

Больная Н., 19 лет, поступила в отделение реанимации городской больницы №1 г. Павлодара 15.10.12 г. с диагнозом: Перфорация матки во время инструментального удаления плода. Травматический отрыв тонкой кишки. Гангрена тонкой кишки. Состояние после операции: ампутации матки и тотально-субтотальной резекции тонкой кишки.

Из анамнеза выяснено, что 14.10.12г. Она была госпитализирована в родильный дом с жалобами на тошноту, боли внизу живота, в пояснице и кровянистые выделения из половых путей. Установлен диагноз: Беременность 17-18 недель, начавшийся самопроизвольный выкидыш.

15.10.12г. 09:20 проведено инструментальное удаление плода. После операции больная проснулась с жалобами на сильные боли внизу живота, выраженную слабость. Вызван на консультацию хирург. На момент осмотра состояние тяжелое, кожные покровы бледные. Живот напряжен во всех отделах, симптом раздражения брюшины резко положительный. После кратковременной предоперационной подготовки проведена срочная операция: нижнесрединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружены: перфорация матки и разрыв корня брыжейки с полным отрывом тонкой кишки на расстоянии 7-8 см от связки Трейца в оральном отрезке и 6-7 см от илеоцекального угла - в дистальном. Гангрена тонкой кишки, гемоперитонеум.

Проведена: надвлагалищная ампутация матки, тотально-субтотальная резекция тонкой кишки (восстановить жизнеспособность оторванной кишки невозможно вследствие ишемии и некроза) с анастомозом конец в конец. Общая длина оставшихся частей тонкой кишки составляет 12-14 см. Дренажирование брюшной полости. Первые часы послеоперационного периода лечение продолжалось в отделении реанимации в родильном доме. После стабилизации состояния больная была переведена в отделение реанимации городской больницы №1. Общее состояние оставалось тяжелым. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС -110 уд.в 1 мин. АД 100/70 мм.рт.ст. Живот правильной формы, напряжен и болезнен во всех отделах живота. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание по катетеру, цвет - светлый. Повязка чистая. По дренажу геморагическое отделяемое.

Общий анализ крови (15.10.12г.): НВ-86 г/л., Лейкоц.-12,9 $\times 10^9$ /л., Эритроц.-3,08 $\times 10^{12}$ /л., СОЭ-42мм/ч.; общий анализ мочи (15.10.12г.): желт., сл.мутн., белок-0,033, лейкоц.-8-9 в п/з., эритроц.-3-4 в п/з.; биохимические показатели крови (15.10.12г.): общ. белок -67 г/л, мочевины -4,2 ммоль/л, креатинин - 0.06 ммоль/л., глюкоза-4,1 ммоль/л, АЛТ-0.48 мккат/л, АСТ-0.24 мккат/л, бил.общий - 13.7 мкмоль/л, прямой-3.8 мкмоль/л, холестерин - 5.59 ммоль/л, диастаза - 214 у/л, калий-2.3, натрий-138, хлор-108.

15.10.12г. Проведена консультация специалистов АО «Республиканский Национальный Центр неотложной медицинской помощи» город Астана. Рекомендовано: интенсивная терапия в условиях отделения интенсивной терапии до стабилизации состояния.

На 8-сутки наблюдались признаки частичной недостаточности швов анастомоза с истечением кишечного содержимого по дренажным каналам. Учитывая отсутствие признаков перитонита и свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ, и хорошо дренируемый процесс решено продолжить консервативную терапию. Через 6-7 суток свищ тонко-тонкокишечного анастомоза закрылся самостоятельно.

В дальнейшем продолжалась интенсивная терапия, направленная на коррекцию кислотно-щелочного, электролитного и белкового дисбаланса с дополнительным применением антибактериальных препаратов.

01.11.12г. больная переведена в хирургическое отделение. 06.11.12г. консультация доцента кафедры терапии Факультета усовершенствования врачей Павлодарского филиала Государственного медицинского университета города Семей Н.П. Журавлевой.

Заключение: Состояние после операции ампутации матки и тотально-субтотальной резекции тонкой кишки по поводу ятрогенной перфорации матки, травматического отрыва тонкой кишки, гангрены и размождения тонкой кишки. Синдром короткой кишки - синдром мальабсорбции с нарушением бактериального роста в тонком кишечнике. Железодефицитная анемия средней степени тяжести.

16.11.12г. проведена консультация заведующей кафедрой гастроэнтерологии медицинского университета города Астаны профессором Бектаевой Р.Р.: Синдром короткой тонкой кишки с бактериальной контаминацией и энтеропатией и синдромом нарушения всасывания. Вторичная железодефицитная и постгеморрагическая анемия, умеренной степени. Нарушения толерантности к углеводам, вторичная коагулопатия (тромбоцитопения).

21.11.12 года больная выписана на амбулаторное долечивание и под наблюдение гастроэнтеролога в удовлетворительном состоянии. В динамике к моменту выписки: Жалоб не предъявляет. Послеоперационная рана

зажила первичным натяжением. Дренажи удалены на 12-е сутки. Стул жидкий 6-7 раз в сутки. Вес тела 48 кг.

Через 2,5 месяца после выписки состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Вес тела 48 килограмм. Стул кашицеобразный до 4-х раз в сутки. Общий анализ крови (03.01.13г.): НВ-124 г/л., Лейкоц.-4,1 x10⁹/л., Эритро.-4.4x10¹²/л., СОЭ-3мм/ч.; Показатели биохимических исследований крови (03.01.13г.): общ. белок -77 г/л, мочевина -1,4 ммоль/л, креатинин - 0.02 ммоль/л., глюкоза-4,5 ммоль/л, АлТ-115 мккат/л, АсТ-112 мккат/л, бил.общий - 16.6 мкмоль/л, прямой-4.1 мкмоль/л, диастаза - 37 у/л.

Ультразвуковое исследование брюшной полости (04.01.13г.): Метеоризм. Хронический холецистит. Мелкий камень желчного пузыря. Признаки панкреатита. Диффузные изменения чашечно - лоханочной системы обеих почек. ФГДС (04.01.13г.): Поверхностный гастрит. Продолжалось наблюдение по месту жительства.

Таким образом, у больной во время искусственного прерывания беременности имело место обширное повреждение тонкой кишки с отрывом от ее брыжейки, что потребовало тотально-субтотальную резекцию тонкой кишки.

Тұжырым

ҰРЫҚТЫ БӨЛШЕКТЕЙТІН ОТА ЖАСАУ КЕЗІНДЕ ЖІҢІШКЕ ІШЕКТИҢ АУҚЫМДЫ ЖАРАҚАТТАНУ ЖАҒДАЙЫ

С.Б. Имангазинов, Н.К. Ардабаев, Д.Н. Ардабаев, Р.С. Қазангапов

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің Павлодар филиалы, Павлодар қ.

Ұрықты бөлшектейтін ота жасау кезінде жіңішке ішектің клиникалық жарақаттану жағдайы баяндалды. Жіңішке ішектің ауқымды резекциясы жасалды. Кейін мальабсорбция синдромы байқалды.

Негізгі сөздер: жарақат, жіңішке ішек, ұрықты бөлшектеп ота жасап алу.

Summary

THE CASE OF EXTENSIVE INJURY OF A SMALL INTESTINE DURING THE EMBRYOTOMY

S.B. Imangazinov, N.K. Ardabaev, D.N. Ardabaev, R.S. Kazangapov

Pavlodar branch of State medical university of Semey, Pavlodar c.

Described a rare medical case of injury of the small intestine during the embryotomy. Executed an extensive enterectomy. Later was observed a malabsorbtion syndrome.

Key words: small intestine, during the embryotomy.

УДК 617.341.616.381-072.1

С.Б. Имангазинов, Е.К. Каурханов, Р.С. Казангапов, Д.Н. Ардабаев

Павлодарский филиал Государственного медицинского университета города Семей, г. Павлодар

УЩЕМЛЕНИЕ ТОНКОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Аннотация

Описан клинический случай ущемления тонкой кишки в манипуляционной ране после лапароскопической ампутации матки, потребовавший в последующем резекцию тонкой кишки.

Ключевые слова: тонкая кишка, ущемление, лапароскопическая ампутация матки.

После лапароскопических операций возможны осложнения, требующие особого внимания в раннем послеоперационном периоде [1, 2]. К ним относятся кровотечения из мест операции или раны брюшной стенки, эвентрация и ущемление кишечника, острая кишечная непроходимость. Эвентрации кишечника наблюдаются в местах введения троакаров или же в местах манипуляционных ран, требующие восстановления целостности передней брюшной стенки. В позднем послеоперационном периоде наиболее часто встречаются вентральные грыжи.

Возникновение послеоперационных грыж является следствием неадекватного восстановления целостности апоневроза передней брюшной стенки после извлечения макропрепарата путем минилапаротомии. Через 1-2 месяца после лапароскопической операции пациенты обращаются с жалобами на асимметрию и выпячивание живота в области послеоперационных рубцов. При объективном обследовании обнаруживается дефект апоневроза передней брюшной стенки. Лечение этих осложнений проводится в плановом по-

рядке через 3-6 месяцев после лапароскопической операции в условиях хирургического стационара. Выполняется грыжесечение с пластикой грыжевого дефекта.

Наиболее редким осложнением являются случаи, когда в оставленный дефект апоневроза брюшной стенки внедряется петля тонкой кишки с развитием кишечной непроходимости, без внешних признаков грыжи в раннем послеоперационном периоде.

Основной причиной возникновения этих осложнений является неадекватное восстановление апоневроза при использовании троакаров больших размеров, извлечении макропрепарата через переднюю брюшную стенку. Многократное извлечение и введение в брюшную полость троакаров и инструментов во время лапароскопической операции может приводить к дополнительной травме апоневроза и увеличению его дефекта. Причиной кровотечения могут быть дефекты гемостаза.

Целью сообщения является описание случая ущемления тонкой кишки в дефекте брюшной стенки

после лапароскопической ампутации матки в гинекологической практике.

В гинекологическом отделении городской больницы №1 г. Павлодара из 224 операций в двух случаях (0,9%) имело место ущемление тонкой кишки в послеоперационном дефекте брюшной стенки, причем в одном случае с некрозом кишечной стенки. Приводим клинический случай.

Больная К., 43 года, поступила в хирургическое отделение по экстренным показаниям 04.12.12г. с жалобами на наличие болезненного опухолевидного образования в области послеоперационной раны в правой подвздошной области, тошноту, рвоту.

Из анамнеза выяснено, что 30.11.12г. в одном из гинекологических отделении проведена эндоскопическая ампутация матки. В течение 2-х дней послеоперационный период протекал без особенностей. С 04.12.12г. больная отмечает появление болезненного опухолевидного образования в области послеоперационной раны в правой подвздошной области, сопровождавшегося тошнотой, рвотой.

Объективно общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 80 в 1 мин. АД 120/80 мм.рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. По средней линии на 2 см выше пупка имеется ушитая послеоперационная рана длиной 2 см. В обеих подвздошных областях также имеются послеоперационные раны размерами 3 x 1 см с зияющими краями. При пальпации живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где пальпируется образование размером 5 x 6 см, мягкой, эластичной консистенции. Газы отходят. Стул самостоятельный, был вчера и сегодня. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Больная взята в малую операционную для ревизии раны. Под местной анестезией были сняты швы, рана расширена до 6 см. При этом обнаружена ущемленная петля тонкой кишки, багрового цвета. Выставлен предварительный диагноз: ущемление тонкой кишки в послеоперационной ране правой подвздошной области. Больная переведена в хирургическое отделение.

В экстренном порядке под спинномозговой анестезией проведена операция – нижнесрединная лапаротомия. В брюшной полости скудный серозный выпот. При ревизии брюшной полости: начальной отдел тонкой кишки раздут до 6 см в диаметре, в просвете газы и химус. На расстоянии 1 м от илеоцекального угла имеется участок тонкой кишки, внедрившийся в дефект брюшной стенки в правой подвздошной области на месте бывшей контрапертуры, с признаками ущемления. Ниже препятствия тонкая кишка спавшаяся. Путем рассечения ущемляющего кольца в дефекте брюшной стенки устранено ущемление тонкой кишки (ущемленный участок кишки багровой окраски размером 8,0 см, имеются странгуляционные борозды). Проведена блокада брыжейки тонкой кишки Sol. Novocaini 0,5% - 200,0 мл, воздействие теплом на ущемленный участок тонкой кишки, смоченными горячим физиологическим раствором салфетками. Ущемленный участок кишки приобрел розовую окраску, появились пульсация сосудов и перистальтика. Другой патологии в брюшной полости не выявлено. Произведена назоинтестинальная интубация тонкой кишки до

илеоцекального угла для последующей декомпрессии. В правой подвздошной области установлен расщепленный перчаточный дренаж с использованием бывшей контрапертуры. Брюшная стенка ушита послойно. Асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал гладко до 08.12.12г., когда отмечалось появление кишечного отделяемого в области послеоперационной раны в правой подвздошной области.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 80 в 1 мин. АД 120/80 мм.рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Газы отходят. Стула не было. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Statuslocalis: Повязка в правой подвздошной области промокает кишечным отделяемым. После снятия повязки имело место поступление кишечного отделяемого по резиновому дренажу. Выставлен диагноз – перфорация тонкой кишки.

После предоперационной подготовки произведена операция – Релапаротомия (08.12.12 г.). Под эндотрахеальным наркозом были распущены ранее наложенные швы в области срединной послеоперационной раны. В правой подвздошной ямке имеется серозный выпот с кишечным отделяемым до 100 мл, осушен. При ревизии ущемленный участок тонкой кишки некротизирован, в противобрыжечной ее поверхности имеется участок перфораций размером до 0,5 см. Произведена резекция 20 см гангренозно измененной тонкой кишки с формированием анастомоза бок в бок. Туалет брюшной полости. В правой подвздошной области установлен расщепленный перчаточный дренаж с использованием бывшей контрапертуры. Установлен назоинтестинальный зонд. Брюшная стенка ушита послойно. Асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал гладко. Дренаж брюшной полости удален на 5-е сутки, назоинтестинальный зонд – на 3-и сутки. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Выписана домой 21.12.12г.

Таким образом, в данном случае имело место ущемление тонкой кишки в области манипуляционной раны после проведенной лапароскопической операции в гинекологической практике в начале освоения новой технологии. Для ее профилактики на этапе завершения операции необходимо придерживаться следующей последовательности: вначале выпустить нагнетанный воздух в брюшную полость, только затем удалять манипуляционный инструментарий в конце лапароскопической операции, при больших дефектах манипуляционных ран брюшной стенки необходимо накладывать дополнительные швы на дефект брюшной стенки.

Литература:

1. Алтыев Б.К., Хаджибаев Ф.А., Асомов Х.Х., Рахимов О.У. Хирургические методы лечения внутрибрюшных осложнений после лапароскопической холецистэктомии // Эндохирургия. - 2013 - №3. - С. 29-30.
2. Башабаев М.Т., Джабыкпаев С.Р., Адайханов А.Ж., Абдикаримов Р.О. Осложнения после лапароскопической холецистэктомии // Эндохирургия. - 2013. - №3. - С. 48-49.

Тұжырым

ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ОТАДАН КЕЙІНГІ ЖІҢІШКЕ ІШЕКТИҢ ҚЫСЫП-БУЫНУЫ

С.Б. Имангазинов, Е.К. Қайырханов, Р.С. Қазангапов, Д.Н. Ардабаев

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университетінің Павлодар филиалы, Павлодар қ.

Жатырдың лапароскопиялық ампутациясынан кейін манипуляциялық жарада жіңішке ішек буына қысылуының клиникалық жағдайы суреттелді, кейін бұл жіңішке ішектің резекциясын қажет еткен.

Негізгі сөздер: жіңішке ішек, қысып-буыну, лапароскопиялық ота.

Summary

ENTRAPMENT OF THE SMALL INTESTINE AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY

S.B. Imangazinov, E.K. Kairhanov, R.S. Kazangapov, D.N. Ardabaev

Pavlodar branch of State medical university of Semey, Pavlodar c.

Described a clinical case of entrapment of the small intestine in handling the wound after laparoscopic hysterectomy. In the subsequent was required a resection of the small intestine.

Key words: small intestine, entrapment, laparoscopic surgery.

УДК -616.346.2.602.1-003.2-089

М.М. Гладинец, Н.М. Абишев, Д.Е. Шерьязданова, Т.Б. Бирназарова

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра хирургии и травматологии.

ЛЕЧЕНИЕ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА

Аннотация

Аппендикулярный инфильтрат у больных острым аппендицита встречается 3,4% [1,5]. В литературе имеются подходы о лечении его чаще консервативно [2], реже оперативная тактика введения аппендикулярного инфильтрата [4] не утратили своей актуальности до настоящего времени [3]. Лечение гнойно-воспалительных острых заболеваний органов брюшной полости остаются актуальной проблемой хирургии. Несмотря на совершенствование методов диагностики, а также техники оперативных вмешательств, внедрение новых методов инновационной технологии прогнозы среди больных остаются серьезными.

Ключевые слова: УЗИ, рассасывание инфильтрата, периаппендикулярный абсцесс, аппендикулярный абсцесс.

Актуальность: На современном этапе развития медицины, особенно хирургической дисциплины, осложнения острого аппендицита протекают тяжело с развитием гнойного перитонита, а из дооперационного осложнения актуален аппендикулярный инфильтрат. Часто своевременно не диагностируется, и больные доставляются в хирургический стационар с нагноением аппендикулярного инфильтрата. Если наступило нагноение его, то прогноз у больных бывает серьезным. Ключом разгадки острого аппендицита, является ранняя диагностика и своевременное проведение операции аппендэктомии.

С 2000 по 2010 годы находилось на лечении в хирургической клинике 92 - пациентов с осложнением острого аппендицита аппендикулярным инфильтратом. Всего лечилось 75 - мужчин, 17 - женщин. Возраст их был: от 18 до 57 лет. На догоспитальном этапе диагноз аппендикулярного инфильтрата установлен врачами скорой помощи только у 4 пациентов из 92 больных. На госпитализацию доставлены с диагнозом острого аппендицита - 78, с другой патологией острый холецистит, дизентерия, перфорация язвы желудка, перитонит неясной этиологии - 14 больных. В приемном отделении хирургического стационара диагноз аппендикулярного инфильтрата при поступлении установлен у 20 больных. Остальные направлены на операцию с диагнозом:

- острый аппендицит - 72,

- разлитой перитонит аппендикулярной этиологии - 4,

- перфоративная язва желудка - 2.

Высокий процент неправильной диагностики аппендикулярного инфильтрата на догоспитальном этапе, в клинике 7,8%, что указывает на недостаточное знание врачами осложнения острого аппендицита.

В клинике аппендикулярный инфильтрат лечится консервативно и в случае нагноения проводится операция.

Через сутки с момента заболевания поступили - 7, через 2 сут. - 25, через 3 сут. - 30 больных, на 4 сут. - 22, через 5 сут. - 8 пациентов. У всех пациентов были обнаружены постоянные боли в правой подвздошной области, из них у 34 имела иррадиация болей в спину и промежность. Тошнота наблюдалась в 10% случаев. Температура тела высокая была у 67 больных, у остальных - 37,2°. Общее состояние больных отмечалось удовлетворительным, реже средней и тяжелой степени тяжести. У 45 - больных в брюшной полости определялся плотный болезненный инфильтрат занимавший правую подвздошную область, у 8 - был до середины расстояния между пупком и гребнем подвздошной кости, у 7 - до гребня, а у 19 - инфильтрат выявили ниже гребня. У 13 больных аппендикулярный инфильтрат диагностирован при пальцевом исследовании прямой кишки в малом тазу. У 34 - больных диагноз аппендикулярного инфильтрата до операции не обнаружен, так как его не удалось пальпировать ввиду малых размеров, стойкого напряжения мышц передней брюшной стенки. Гемограмма показывала: лейкоцитоз -

9250 у 12 больных, 12000 - у 30, 15000 - у 12, выше 15000 - у 20 больных. Высокое СОЭ – у 49 - у остальных значительно повышались, редко ближе к норме. Основная масса больных лечилась консервативно, при плотном, больших размеров инфильтрата без признаков абсцедирования в момент поступления. Общее состояние средней тяжести, симптомов раздражения брюшины не выявлено. В первые 5-7 дней этим больным назначался холод на живот, строгий постельный режим, диета первый стол, антибиотики 2-3 поколения, витаминотерапия, рассасывающая терапия - аллоэ, лидаза. Лечение данной категории больных в стационаре в среднем длилось до 3-х недель. По истечении 1,5-2 месяцев после выписки больным рекомендовалась плановая операция аппендэктомия, как хронический аппендицит. Оперированы 92 больных, технических трудностей не представлялось, в отдельных случаях находили спаечный процесс в области илеоцекального угла. В отдельных случаях, при появлении у пациентов высокой температуры тела, увеличение лейкоцитоза в крови, появление симптомов раздражения брюшины, напряжения мышц брюшной стенки, независимо от сроков заболевания, обнаруживался симптомокомплекс абсцедирования аппендикулярного инфильтрата.

Этим больным немедленно осуществлялось оперативное пособие, так как промедление с операцией может привести к опасным осложнениям: прорыву гнойника в свободную брюшную полость, развитие забрюшинной флегмоны, образование абсцессов брюшной полости и даже образования кишечных свищей. Адекватно выполненная санация, тампонирование и дренирование полости аппендикулярного абсцесса, подведение дренажных трубок с боковыми отверстиями к этой области, для введения антибиотиков в брюшную полость. Иногда удается удалить деструктивно-измененный червеобразный отросток с обработкой его культи. Необходимо помнить в случае отсутствия в полости абсцесса червеобразного отростка необходимо его отыскивать в инфильтрате, не нарушая спайки, отграничивающие гнойники от брюшной полости. Ибо это может привести к развитию разлитого перитонита. При разлитом перитоните аппендикулярного происхождения необходимо провести срединную лапаротомию, которая позволяет выполнить полноценную ревизию, адекватную санацию брюшной полости. Однако, тампонаду и дренирование аппендикулярного абсцесса, иногда из доступа косого разреза в правой подвздошной области. У всех 23 пациентов, которым производилось вскрытие аппендикулярного абсцесса, было гладкое послеоперационное течение. При изучении отдаленных результатов у них установлено хорошее состояние, и они приступили к своей прежней профессии. У 5 пациентов после произведенного вскрытия и дренирования аппендикулярного абсцесса, обнаружив, удалить червеобразный отросток не удалось. При изучении отдаленных результатов выявлено, что 3 пациента из этой группы были оперирова-

ны по поводу хронического аппендицита. Операции представляли определенные технические трудности ввиду выраженного спаечного процесса в брюшной полости. У 6 больных инфильтраты были маловыраженные и при осторожном разъединении тканей, образующих инфильтрат, удалось обнаружить и удалить червеобразный отросток только в 2 случаях, отросток был у одного флегмонозный, в 4-х гангренозный с последующим дренированием брюшной полости. Послеоперационное течение гладкое, отдаленные результаты вполне удовлетворительные. При изучении отдаленных результатов было установлено, что один пациент страдает спаечной болезнью, остальные приступили к своей работе по профессиям.

Выводы

Вопрос о хирургической тактике при аппендикулярном инфильтрате должен решаться после достаточно полного обследования больного и наблюдения его в стационаре квалифицированными хирургами. При случайном обнаружении аппендикулярного инфильтрата в ранние сроки до 2-3 сут. с момента заболевания возможно разделение рыхлых спаек инфильтрата по ходу червеобразного отростка, выполнение аппендэктомии и дренирования брюшной полости ниппельной трубкой для введения антибиотиков.

При клинических признаках абсцедирования аппендикулярного инфильтрата необходима срочная операция, включающая обязательное опорожнение и дренирование полости гнойника через косой разрез в правой подвздошной области, а если имеется возможность, даже - удаление червеобразного отростка, с обработкой его культи.

При разлитом перитоните аппендикулярного происхождения оперативное вмешательство необходимо использовать ниже-срединный разрез, который позволяет осуществить полноценную адекватную ревизию, санацию брюшной полости. Консервативное лечение аппендикулярного инфильтрата допустимо при клинических признаках обратного рассасывания инфильтрата, под контролем-УЗИ. Этой категории больным после рассасывания инфильтрата рекомендуется плановая операция через 1-2 месяцев после выписки из стационара, как хронический аппендицит.

Литература:

1. Савельев В.С., Кириенко А.И., Клиническая хирургия. «Хирургические болезни», Т.2, - М., 2008. - 864 с.
2. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита, Ленинград. Медицина, - 1989г. - С.111-114.
3. Попов П.В. и др. Аппендикулярные инфильтраты и абсцессы // Вестник хирургии. - 1972, №9. - С. 33-35.
4. Родионов В.В. Послеоперационные осложнения и летальность при остром аппендиците // Хирургия. - 1975, №9, - С. 110-113.
5. Утешов Н.С. и др. Острый аппендицит. М., Медицина. - 1975. - С. 44-52.

Тұжырым

АППЕНДИКУЛЯРЛЫ ИНФИЛЬТРАТТЫҢ ЕМІ

М.М. Гладинец, Н.М. Абишев, Д.Е. Шеръязданова, Т.Б. Бирназарова

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,

Хирургия және травматология кафедрасы

Аппендикулярлы инфильтрат кезінде хирургия тактика жөніндегі шешім науқасты толықтай тексергеннен кейін қабылданады және стационарда білікті хирургтардың қарауында болады. Аппендикулярлы инфильтрат 2 – 3 тәулік бұрын ерте, кездейсоқ анықталған кезде, ауру басталғаннан құрттарізді өсінді болбыр және жабысқақ болады. Осы кезде аппендэктомия және құрсақ қуысына антибиотик енгізу үшін дренажды түтікше қойылады. Аппендикулярлы инфильтраттың абсцедирленген клиникалық белгілері болса, оң жақ сүйегінен жоғары қизаш кесу арқылы іріндіктен босатып және құрттарізді алып тастау арқылы шұғыл түрде отаға алады. Құрттарізді өсіндінің салдарының кеткен перитонит кезінде, құрсақ қуысының санациясын

және толық адекватты ревизияны жасауға мүмкіндік беретін төменгі ортанғы тілу арқылы операция жасаймыз. Апендикулярлы инфильтратты УДЗ арқылы тексергенде, инфильтраттың кері сіңірілуі болса оны консервативты емдейді. Бұл категориядағы науқастарға инфильтрат сіңіп, ауруханадан шыққанан кейін, созылмалы аппендицит ретінде жоспарлы түрде операция жасалады.

Негізгі сөздер: УДЗ, инфильтраттың сіңірілуі, перапендикулярлы абсцесс, аппендикулярлы абсцес.

Summary
ON THE TREATMENT OF APPENDIGULAR INFILTRATION
M.M. Gladinets, N.M. Abishev, D.Ye. Sheryazdanova, T.B. Birnazarova
Semey State Medical University,
Department of surgery and traumatology

The authors observed 92 cases of appendicular. 9 patients were treated conservatively, 83 patients were operated upon. The indications for various surgical procedures are described.

The problem of the surgical approach in case of appendicular lump should be dealt after the sufficient total examination of a patient and the monitoring by qualified surgeons in a hospital environment. In the case of incidental detection of appendicular lump in the early stages up to the period of 2-3 days since the moment of disease an incoherent adhesiotomy of infiltration along the appendix, performance of appendectomy and abdominal drainage using pipe nipple for the antibiotics injection are potential. In the case of clinical signs of abscess formation of appendicular lump emergence surgery is needed including mandatory emptying and drainage of the abscess cavity through an oblique incision in the right iliac region, and if possible, removal of the appendix to the processing of its stump is even needed. In the case of diffuse peritonitis of appendiceal origin of surgical intervention it is necessary to use lower-midline incision which allows for fulfilling proper abdominoscopy. Conservative treatment of appendicular lump is acceptable in the case of clinical signs of back infiltrate resorption under ultrasound guidance. For this category of patients after the infiltrate resorption elective surgery as chronic appendicitis is recommended in 1-2 months after the discharge from the hospital.

Key words: ultra sound investigation, peri-appendicular abscess, appendicular abscess, recessive infiltration.

УДК. 616.8-005:612.822.2.

А.А. Дюсембаев, Ж.А. Асетов, М.Т. Аубакиров

**Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра детской хирургии и неотложной помощи в педиатрии**

ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Аннотация

Приводятся результаты диагностики и лечения 42 детей грудного возраста с острыми нарушениями мозгового кровообращения по геморрагическому типу. Выявлено, что чаще ОНМК по геморрагическому типу наблюдается в возрасте от 1 до 2 месяцев. Клинико-неврологическая картина характеризуется наличием синдрома нарушения сознания и очаговой полушарной неврологической симптоматики. Основной причиной, обуславливающий ОНМК по геморрагическому типу, по данным патологоанатомическим исследованиям, является аномалия развития сосудов головного мозга.

Ключевые слова: сосуды, мозговое, кровообращение, аномалия, острое нарушение мозгового кровообращения.

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является одной из актуальных проблем нейрохирургии, что обусловлено частотой и неудовлетворительными результатами лечения [1, 2].

До применения методов визуальной диагностики (МРТ, КТ) острое нарушение мозгового кровообращения считалось прерогативой лиц старческого возраста. Однако статистические данные свидетельствуют о значительном омоложении данной патологии, которая нередко наблюдается и у детей раннего возраста [1,2,5].

По данным литературы частота ОНМК у детей составляет от 1,5 до 13 случаев на 100 000 детского населения [1,5,7] при этом около 40% из них наблюдаются в возрасте до 1 года [3, 4].

Значительный удельный вес и неудовлетворительные результаты лечения ОНМК по геморрагическому типу объясняются недостаточной изученностью этиопатогенетических механизмов данных заболеваний, а полиморфность клинической картины затрудняет своевременную диагностику и адекватное лечение.

Цель исследования. Целью настоящей работы являлось изучение особенностей клинико-неврологической картины и этиологических факторов, обуславливающих ОНМК по геморрагическому типу у детей раннего возраста.

Материалы и методы. В детском хирургическом отделении Государственного медицинского университета города Семей с января 2010 по февраль 2013 г. находились под наблюдением 42 детей с острым нарушением мозгового кровообращения в возрасте от 1 до 7 месяцев, которые были распределены по полу и возрасту. Девочек было 18 (42,8%), мальчиков 24 (57,2%). Дети в возрасте 1 месяца составили 3 (7,1%), до 2-х месяцев 31 (71,8%), от 2 до 5 месяцев 5 (11,5%), от 5 до 7 месяцев 3 (7,1%). Как видно приводимые данные свидетельствуют, что ОНМК чаще всего наблюдаются у детей мужского пола и в возрасте от 1 до 2 месяцев.

Все больные обследовались по единой схеме: общеклиническое, неврологическое, лабораторное, нейросонография, КТ, МРТ. Результаты исследования под-

вергались статистической обработке. В течение первых 2 суток от начала заболевания за медицинской помощью обратились 30 (70,4%), а остальные позже 4 суток. Комплексное обследование позволило установить, что почти у всех обследуемых детей острое нарушение мозгового кровообращения протекало по геморрагическому типу. При этом тяжесть состояния усугублялось наличием сопутствующей патологии: анемия (100%), ДВС (90,5%), воспалительные процессы верхних дыхательных путей (28,7%).

В неврологическом статусе у детей с ОНМК по геморрагическому типу выявлялись: синдром нарушения сознания (100%), синдром церебральной депрессии 36 (85,7%), церебральной возбудимости 4 (9,5%), синдром вегето-висцеральных расстройств 40 (92,5%), судорожный синдром 22 (52,3%) и очаговая полушарная симптоматика 24 (57,1%) в виде моно-, гемипареза или гемиплигии. Характер выявленной неврологической симптоматики зависел от локализации очага поражения. Согласно классификации (J.K. Lynch, 2002) нами диагностированы следующие типы ОНМК по геморрагическому типу: внутримозговые 8 (19,4%), паренхиматозные 32 (76,2%), субарахноидальные 24 (57,1%), субдуральные 19 (45,3%) и смешанные внутримозговые гематомы. Клинико-инструментальные методы исследования свидетельствуют, что при ОНМК по геморрагическому типу чаще всего наблюдается нарушение сознания в виде оглушения (47%), сопора (11,9%), комы (9,5%), анемия (95%) и ДВС-синдром (89%). В диагностике и определения тактики лечения при ОНМК по геморрагическому типу наибольшее значение играют данные МРТ, КТ и нейросонографии.

Проводилось комплексное лечение, направленное на предупреждение отека и сдавления головного мозга, ДВС синдрома, улучшение церебральной микроциркуляции и обменных процессов. По показаниям проводились и оперативные вмешательства с целью удаления внутримозговой гематомы. Оперированы 29 (69,4%) детей с ОНМК, из них у 11 (26,2%) гематома удалена пункционно-аспирационным, у 18 (42,8%) методом резекционной краниотомии.

Оценка результатов лечения проводилась с учетом клинико-неврологической симптоматики, картины глазного дна, состояние внутричерепного давления и данных КТ, МРТ, нейросонографии. На основании анализа результатов лечения состояние 80,9% (34) больных оценено как удовлетворительное, летальность составила 19,1% (8). По данным патологоанатомических исследований у 5 (62,5%) причиной смерти при ОНМК по геморрагическому типу была аномалия развития сосудов головного мозга в виде мальформации.

Выводы. ОНМК по геморрагическому типу чаще всего наблюдается в возрасте от 1 до 2 месяцев. В неврологическом статусе преобладают синдром нарушения сознания в виде оглушения, сопора, комы, синдром вегето-висцеральных расстройств и тонико-клонические судороги. Применение визуальных методов диагностики: МРТ, КТ, нейросонография в 100% случаев позволяет диагностировать ОНМК по геморрагическому типу. Основной причиной развития ОНМК по геморрагическому типу является аномалия развития сосудов головного мозга в виде мальформации.

Литература:

1. Зыков В.П., Ширеторова Д.Ч., Чучин М.Ю. и др. Диагностика и лечение инсульта у детей. Учебное пособие. - М.: РКИ Соверо Пресс. 2006. – 64 с.
2. Lynch J.K, Nasar A, et al: Thrombolysis for ischemic stroke in children: (Stroke 2007, 38(6)).
3. Benders M.J. Groenendaal F. (Stroke 2007, 38 (1759-1765)).
4. Benders M.J. Groenendaal F: Preterm arterial ischemic stroke. (Semin Fetal Neonatal Med(14/272-277)).
5. Adams H.P., Zoppo G.J., Kummer R. Management of stroke: A Practical Guide for the Prevention, Evaluation, and Treatment of Acute Stroke. Professional Communications, Inc., 2005(304).
6. Kirkham F.J, Stroke in Childhood; Arch Dis Child. 1999 Jul;81(1):85
7. Lanthier S, Carmant L, David M, et al. Stroke in Children. The coexistence of multiple risk factors predicts poor outcome. (Neurology 2000;54(371)).

Тұжырым

1 ЖАСҚА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРДАҒЫ МИ ҚАН АЙНАЛЫМЫНЫҢ ЖЕДЕЛ БҰЗЫЛЫСЫ

А.А. Дюсембаев, Ж.А. Асетов, М.Т. Аубакиров

Семей қаласының мемлекеттік медицина университеті

Балалар хирургиясы және педиатриядағы шұғыл көмек кафедрасы

Ми қан айналымының жедел бұзылысы салдарынан миға қан құйылумен түскен 1 жасқа дейінгі 42 балада диагноз қою және емдеу нәтижелері сарапталған. Геморрагиялық типтегі қан құйылулар көбінесе жасы 1-2 айлық балаларда кездеседі. Клиника-неврологиялық көрінісі есінен тану ошақтық; неврологиялық симптомдармен сипатталады. Геморрагиялық типтегі миға қан құйылу негізгі себебі ми қан тамырларының аномалиялары болып табылады.

Негізгі сөздер: тамыр, мильқ, қан айналым, аномалия, ми қан айналымының жедел бұзылысы.

Summary

ACUTE DISORDER OF BRAIN CIRCULATION BY YANG CHILDREN

A.A. Dussembaev, J.A. Assetov, M.T. Aubakirov

Semey state medical university,

Department of Pediatric Surgery and Emergency Aid in Pediatric

The results of diagnosis and treatment in 42 infants with acute ischemic for hemorrhagic type. It was revealed that most of stroke by hemorrhagic type occurs between the ages of 1 to 2 months. Clinical and neurological picture is characterized by the presence of the syndrome of impaired consciousness and focal hemispheric neurologic symptoms. The main causes are on the hemorrhagic type of stroke, according to the pathologic studies, is the abnormal development of blood vessels in the brain.

Key words: blood vessels, brain, blood circulation, anomaly stroke, acute disorder of brain circulation.

УДК 340.6-07

М.О. Кушеров

**Алматинский филиал РГКП «Центр судебной медицины»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан****ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ДАВНОСТИ СМЕРТИ ПО ТЕПЛОВОМУ МЕТОДУ
В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ****Аннотация**

В литературном обзоре отражено состояние проблемы диагностики давности смерти по тепловому методу. Приведены различные методики, различные модели измерения температуры.

Ключевые слова: тепловой метод, диагностика давности смерти.

Актуальность. Проблема диагностики давности смерти разрабатывается на протяжении полутора столетий многими учеными мира. Наиболее эффективным в разработке этой проблемы оказался подход, связанный с моделированием процесса изменения температуры трупа [12, 13]. Последующий методологический анализ и апробация полученных результатов на практике, показали перспективность применения способов моделирования в разработке проблемы давности смерти с возможным использованием в качестве модели не только изменения температуры трупа, но и некоторых других посмертных процессов, а также возникли предположения о целесообразности применения способов моделирования для решения вопросов о давности смерти в случаях, когда традиционные методы не применимы.

Являясь одним из объективных методов исследования, термометрия входит в перечень мероприятий, регламентированных порядком проведения осмотра трупа на месте его обнаружения [16], т.к. сопровождается получением численных значений изучаемого параметра, имея большое доказательное значение в раскрытии преступлений против жизни и здоровья граждан. За последние сто пятьдесят лет развития термометрического метода опубликовано огромное количество статей, монографий [6], предложены разнообразные программные и аппаратные средства [18], облегчающие проведение диагностической процедуры.

Наиболее часто исследуются данные печеночной и краниоэнцефальной термометрии, изменения ректальной температуры, [9, 13, 24]. Анализируя причины появления погрешности определения давности смерти, и выделяя из них наиболее, на наш взгляд, существенные, мы пришли к выводу, что в настоящее время существует две основные группы причин, ограничивающих точность термометрического метода [3, 4]. Температура окружающей среды, является важнейшим фактором, в обязательном порядке подлежащим учету [5]. При этом огромное значение имеет адекватность и полнота учета ее колебаний [20]. Действительно, абсолютное постоянство температуры, окружающей труп, возможно только в условиях термокамеры [13] и совершенно нереально для прочих условий. Соответственно, те случаи, когда истинные значения колебаний температуры воздуха неизвестны эксперту, хотя и возможны к анализу [2], все же представляют значительные затруднения. Описаны случаи прижизненного снижения температуры до 33,3°C при отравлении фенолом, до 29,0°C при комбинированной травме с переломом VI шейного позвонка и тотальном кровоизлиянии под паутинную оболочку спинного мозга [16], при смерти от переохлаждения [22]. В противоположность указанному, при отравлениях стрихнином, угарным газом, некоторых травмах шейного отдела спинного мозга, при смерти от столбняка, «солнечного удара», на момент смерти тем-

пература тела может быть повышена относительно ее физиологических значений [7]. В этом аспекте заслуживает интереса предложение В.А.Куликова, Е.А. Коновалова и А.Ю. Вавилова [11], использовать для коррекции температуры, задаваемой в математическую модель посмертного охлаждения в качестве начального значения температуры трупа, оптимизационные методы, в качестве которых ими с успехом использован алгоритм Пауэлла. Удобным языком для изучения процессов, протекающих в телах физического мира при изменении постоянства неких условий, является язык математики, способствует конкретизации этих процессов, лучшему пониманию их сущности и законов, которым они подчиняются [14]. Темп снижения температуры трупа в условиях постоянных внешних температур не является линейным, а состоит из трех периодов, впервые математически обоснованных Karl Sellier [37]. Первым периодом является так называемое «температурное плато» [38], проявляющееся стабилизацией температуры трупа на уровне прижизненных значений в течение какого-то времени.

De Saram G. S. W., Webster G., Kathirgamatamby N. [26] наблюдали температурное плато, составляющее около 45 минут. Второй период, называемый «регулярным этапом», характеризуется достаточно равномерным снижением температуры со скоростью, несколько различающейся в начале, в середине и конце процесса, до приближения температуры трупа к температуре окружающей его среды [13]. После этого начинается стадия «выравнивания температур», характеризующая окончание процесса охлаждения мертвого тела. Параболическая модель [1], практически идеально описывает динамику реального охлаждения тела на начальном участке его температурной кривой. Дальнейшее же ее продление приводит к резкому расхождению с реальным наблюдаемым в эксперименте процессом [2], что ограничивает применимость метода несколькими ближайшими часами после смерти человека.

Одной из первых математических моделей, использующих экспоненциальный математический закон для описания температуры трупа в постмортальном периоде, является научная разработка De Saram et. al. [26], предложивших формулу расчета потерь тепла конвекцией, радиацией и теплопроводностью, с учетом факторов, среди которых, как наиболее важный, выделялась толщина слоя одежды на трупе. Проводя изучение точности моделей, используемых в настоящее время в судебной медицине, А.Ю. Вавилов и В.И. Витер [3] указывали, что отвечают требованиям современности только методы определения давности смерти, основанные на экспоненциальном законе динамики посмертного охлаждения.

Огромное преимущество перед некоторыми другими способами получения объективной информации об изменениях температурного состояния тела человека

может иметь дистанционное тепловизионное обследование, заключающееся в том, что исследователь, получив термограмму значительных участков поверхности кожи, выделяет зоны с наиболее низкими или, наоборот, высокими значениями температур [7], в последующем, акцентируя свое внимание именно на данных областях.

Ряд организационных моментов термометрии, среди которых наиболее важным является соблюдение неизменности условий, в которых находится мертвое тело, так же могут значительно повлиять на точность установления времени смерти человека. Так в частности, изменение первоначального положения мертвого тела [15] приводит к появлению грубых ошибок определения давности смерти, значительно снижая доказательное значение термометрии в целом [2].

Литература:

1. Ботезату Г. А. Судебно-медицинская диагностика давности наступления смерти. – Кишинев, 1975. – 131 с.
2. Вавилов А.Ю. Особенности термометрического исследования трупа на месте его первоначального обнаружения / А.Ю. Вавилов и [соавт.] // Проблемы экспертизы в медицине. – 2005. – № 2. – С. 15-17.
3. Вавилов А. Ю. Судебно-медицинская диагностика давности смерти тепловыми методами : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Москва, 2009. – 40 с.
4. Вавилов А.Ю., Витер В. И. Применение некоторых современных математических моделей посмертного охлаждения тела для определения давности наступления смерти // Судебно-медицинская экспертиза. Научно-практический журнал. – М., Медицина, 2007. – т. 50. – № 5. – С. 9-12.
5. Витер В. И., Вавилов А. Ю. Современное состояние математического моделирования посмертной термодинамики при определении давности смерти // Судебно-медицинская экспертиза. Научно-практический журнал. – М., Медицина, 2008. – т. 51. – № 1. – С. 15-18.
6. Витер В. И., Куликов В. А. Современное состояние и направления развития теплового метода определения давности наступления смерти // Проблемы экспертизы в медицине. – 2001. – № 3. – С. 4-10.
7. Витер В. И., Толстолуцкий В. Ю. Непосредственная причина смерти при остром алкогольном отравлении // Актуальные аспекты судебной медицины Ижевск, 1995. - Вып. 4. - С. 20-26.
8. Гланц С. Медико-биологическая статистика: пер; с англ. / под ред. Н. Е. Бузикашвили, Д. В. Самойлова. М., 1999. - 459 с.
9. Евгеньев-Тиш Е. М. Установление давности смерти в судебно-медицинской практике. – Казань, 1963. – 182 с.
10. Куликов В. А., Коновалов Е. А., Вавилов А. Ю. Оптимизационный подход уточнения давности наступления смерти в судебно-медицинской практике // Проблемы экспертизы в медицине. – 2009. № 1. – С. 8-10.
11. Недугов Г.В., Недугова В. В. Вероятностные аналитические технологии в судебной медицине: базовые математические модели и практические приложения. – Самара: ООО «Офорт», 2009. – 241 с.
12. Новиков П.И. Моделирование процессов в судебно-медицинской диагностике давности наступления смерти / П.И. Новиков [и др.] – Челябинск – Ижевск, 2008. – 312 с.
13. Новиков П.И. Адаптивные системы в диагностике давности смерти / П.И. Новиков, В. Г. Попов // Судебно-медицинская экспертиза. 1983. -№3.- С. 6-9.
14. Новиков П.И. Аналогово-цифровая вычислительная машина для установления давности смерти / П. И. Новиков, А. Ю. Власов // Судебно-медицинская экспертиза. 1988. - № 2. - С. 6-9.
15. Попов В. Л. Судебно-медицинская оценка патогенетической роли травмы и патологии в генезе субарахноидальных кровоизлияний // Современные проблемы соотношения травмы и патологии в судебной медицине. - Рига, 1984. - С. 86-107.
16. РТМ 44-62. Методика статистической обработки эмпирических данных. М., 1966. - 100 с.
17. Шигеев В. Б., Шигеев С. В., Колударова Е. М. Холодовая смерть. – М., 2004. – 184 с.
18. Эль-Хассан М. А. Характеристика посмертной термодинамики тела человека при различных вариантах танатогенеза : дис. канд. мед. наук. М., 2002 - 156 с.
19. Althaus L., Henssge C. Rectal temperature time of death nomogram: sudden change of ambient temperature // Forensic Sci. Int. – 1999. – P. 171.
20. Henssge C. Death time estimation in case work. The rectal temperature time of death nomogram // Forensic Sci. Int. – 1988. – Bd. 61. – P. 209-236.
21. Muller B. Mastdarmtemperatur der Leiche und Todeszeit (German) // Dtsch. Z. Gerichtl. Med. – 1937. – Vol. 28. – P. 172-177.
22. Prokop O. Die Abkuhlung der Leiche. In: Forensische Medizin (German). (Prokop J., Gohler W., edc.). Berlin: Verlag Volk und Gesundheit, 1975.
23. Sellier K. Determination of the time of death by extrapolation of the temperature decrease curve // Acta Med. Leg. Soc. – 1958. – Vol. 11 – P. 279-302.
24. The estimation time since death in the early postmortem period / C. Henssge [et al.] – London, Arnold, a member of the Hodder Headline Group, 2002. – P. 3-104.

Тұжырым

СОТ МЕДИЦИНАЛЫҚ САРАПТАМАДА ЖЫЛЫЛЫҚ ӘДІСІ БОЙЫНША ӨЛІМ МЕРЗІМІН АНЫҚТЫУДЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ

М.О. Кушерев

Қазақстан республикасы денсаулық сақтау министрлігі,
Алматы қаласындағы бөлімі РМҚМ «Сот медицинасының орталығы»

Осы мақалада өлім мерзімін жылдылық әдісі бойынша анықтаудың қиындықтары туралы жазылған. Температураны өлшеудің әртүрлі әдістері салыстырмалы түрінде сипатталған.

Негізгі сөздер: жылдылық әдіс, өлім мерзімі анықтау.

Summary

THE PROBLEMS OF DIAGNOSIS PRESCRIPTION OF DEATH ON THE THERMAL METHOD

M.O. Kusherov

Center for Forensic Medicine, Almaty

The literature review shows the status of the problem in diagnosis of prescription of death on the thermal method. The different methods, different models of temperature measurement.

Key words: thermal method, the diagnosis of prescription of death

УДК 340.6-343.612.1

А.Ж. Алишев, Р.М. Хасанов, Т.Х. Куралбаев, М.М. Байсадыков

Алматинский филиал РГКП «Центр судебной медицины»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОТРАВЛЕНИЙ И ЯДОВ

Аннотация

В литературном обзоре приведены различные классификации токсичных веществ, предназначенные для целей экспертной практики. Категории веществ, наиболее часто вызывающих отравления. Также в статье отражены некоторые аспекты судебно-медицинской диагностики отравлений.

Ключевые слова: токсичные вещества, классификация ядов, диагностика отравлений.

Актуальность

Ежегодно в странах СНГ регистрируется до одного миллиона острых отравлений, среди которых около 50 тысяч - смертельные [1,5,8]. Более 60% из них - отравления этиловым спиртом и жидкостями, изготовленными на его основе [2,4,23]. Доля пострадавших, поступивших в специализированные токсикологические центры с отравлениями этого вида составляет 5,9-49,3% [2,6,12]. Резко возросло количество отравлений различными техническими жидкостями, предназначенными для обезжиривания поверхностей. Клиническая картина и морфологические изменения при отравлениях этими субстанциями отличаются от отравлений этиловым спиртом [3,7,14,22], а смертельный исход зачастую наступает при невысоких концентрациях последнего в крови. При этом судебно-медицинские эксперты сталкиваются с трудностями в прижизненной и постмортальной диагностике таких отравлений [2,9,15,18,20].

На практике установить диагноз в процессе судебно-медицинского исследования трупа можно далеко не всегда, поскольку многие токсичные вещества вызывают сходные повреждения. Реальным чаще всего является лишь предположительное установление группы, к которой относится вещество, вызвавшее отравление. Оно служит основанием для направления материала те или иные исследования. Групповая идентификация токсичных веществ возможна только на основе их классификации.

Следовательно, классификация токсичных веществ, предназначенная для целей экспертной практики, должна служить решению экспертной задачи - диагностике отравлений [4,11,19].

В настоящее время существует большое разнообразие категорий веществ, наиболее часто вызывающих отравления [2,11,13,16,22], например, гигиеническая (по степени токсичности), химическая (в соответствии с общей химической номенклатурой веществ), токсикологическая, которую правильнее было бы назвать клинической (по преобладающему в клинической картине синдрому или по наиболее тяжело поражаемому органу) [7, 9,10,13].

Судебно-медицинская диагностика отравлений основывается, прежде всего, на клинических и морфологических проявлениях интоксикации, поэтому в основу наиболее употребительной классификации положен клиничко-морфологический принцип [3,7,8]. Эта классификация предложена Поповым Н.В. [15] и включает деление ядовитых веществ на едкие и резорбтивные яды, причем последние подразделяются на деструктивные, кровяные и функциональные.

Развитие химической промышленности, а также неуклонный рост количества наркозависимых, токси-

команов привел к появлению множества новых токсичных веществ, которым невозможно найти место в устаревшей классификации, поскольку они являются политропными ядами, то есть поражают многие органы и системы организма, что не позволяет выделить преимущественную локализацию и механизм их действия. Так, например, этиленгликоль в первой фазе своего действия является типичным функциональным ядом, а в более поздней стадии проявляет себя как деструктивный (нефро- и гепатотоксичный) яд [16,19]. Одноатомные спирты наиболее сильно действуют на центральную нервную систему, угнетая ее функцию, но имеется также некоторое местнораздражающее и деструктивное действие. Концентрированный фенол действует как едкий яд, разбавленный - как функциональный. Галогенпроизводные углеводов гепатотоксичны (деструктивное действие) и угнетают центральную нервную систему. Нитросоединения ароматического ряда - метгемоглобинообразующие, нейротропные и деструктивные (гепатотоксичные) яды [5].

Условность (недостаточная четкость границ между выделяемыми группами), несоответствие базисным концепциям современной науки (например, принципиальному отрицанию возможности функциональных нарушений без материального субстрата, выявляемого современными морфологическими методами) и, соответственно, неудобство этой классификации для научной и практической работы отмечают многие исследователи [17,21,27,29]. Тем не менее, она продолжает использоваться в учебниках и руководствах в неизменном или несколько модифицированном виде. Так, В.Л. Попов [13, 14] заменил термин «кровяные яды» на «изменяющие гемоглобин», а «функциональные» на «не вызывающие заметных морфологических изменений в месте их контакта с организмом».

Также, выделяют различные группы бытовых ядовитых веществ по принципу их использования в хозяйстве и с учетом обстоятельств отравления. Например, Бережным Р.В. [3] предложено выделять в отдельную группу технические жидкости. В руководстве по судебной медицине Хохлова В.В. и Кузнецова Л.Е. [16,18,21] - разделять все токсичные вещества на промышленные (используемые в производстве), ядохимикаты (используемые в сельском хозяйстве), лекарственные средства, бытовые химикаты, биологические яды (растительные, грибные и животного происхождения) и боевые отравляющие вещества. Более оправдано такую классификацию приводить в учебниках по судебной медицине, предназначенных для юридических ВУЗов, поскольку она поможет им связать химическую структуру уже обнаруженного ядовитого вещества с возможными обстоятельствами отравления. Правда, и эта классификация страдает логическими недостатка-

ми, т.к. существуют яды, которые можно было бы поместить сразу в несколько групп (например, многие бытовые инсектициды: используются в сельском хозяйстве, а ядохимикаты находят свое применение в промышленности) [1,2,5].

В подобных случаях перед судебно-медицинским экспертом обычно ставятся вопросы о пути введения токсичных веществ в организм, о наличии у потерпевшего заболеваний или состояний организма, которые могли способствовать наступлению смерти от отравления, об интервале времени между введением токсичного вещества в организм и смертью, о причинно-следственной связи между отравлением и смертью и т.п. Может возникнуть необходимость установления наличия у потерпевшего состояния алкогольного опьянения в момент отравления, определения тяжести вреда здоровью. Для ответа на эти вопросы необходимо знать действие вещества, вызвавшего отравление, на организм, т.е. патогенез отравления и танатогенез при нем, а не способы употребления различных ядовитых веществ в хозяйстве [1,15,17,18,19].

Одну из попыток разработать более совершенную, т.е. более пригодную для судебно-медицинской практики классификацию ядов, предпринял Я.С. Смусин [18,19,28]. С целью преодоления недостатков имеющихся способов систематизации, им была предложена смешанная классификация, различавшая яды едкие, деструктивные, кровяные, общеклеточные, медиаторного действия, наркотики, этанол, снотворные, алкалоиды группы морфина, ядохимикаты, abortивные средства, ядовитое топливо и технические масла, яды, вызывающие пищевые отравления, лекарственные средства [1].

Живодеров Н.Н. и Пауков В.С. [7,12,17,28] разделяют яды по частоте встречаемости отравлений на этиловый алкоголь, суррогаты алкоголя, едкие яды и прочие яды.

В свою очередь, В. Knight [26], не упоминая о систематизации ядов в теоретическом аспекте, практически подразделяет их на алкоголь; наркотики и вызывающие токсикоманию; лекарства; едкие и металлические яды; сельскохозяйственные яды; газообразные яды; и, наконец, различные яды (эта рубрика объединяет стрихнин, никотин, гликоли, бензин, керосин и галогенизированные углеводороды) [1].

В настоящее время наиболее рациональной является классификация по химической структуре, учитывающая современные состояния научных знаний о химической структуре и биохимическом действии токсичных веществ. Она позволяет обобщать свойства этих веществ внутри каждой группы, связывая их со строением молекул и механизмом действия, и проводить дифференциальную диагностику, как между группами, так и внутри каждой группы. Эффективность такого способа группировки токсичных веществ показана во многих крупных работах [3,6,9, 18,22,27 и др.].

Однако в дальнейшем, по обнаружении механизмов действия ядов на всех уровнях, можно будет создать подлинно рациональную классификацию токсических веществ. Эта надежда связана с тем, что в сущности именно то или иное, но вполне определенное биохимическое или биофизическое действие (или действия) яда вызывает всю гамму патохимических, патофизиологических и морфологических изменений, характеризующих то или иное отравление, и действие это связано главным образом с его химической структурой. Исходя из этого, оптимальной была бы химико-патогенетическая классификация со всеми ею дальнейшими ветвлениями и практическими приложениями.

Литература:

1. Авдеев М.И. Курс судебной медицины. - Москва. - Государственное издательство юридической литературы. - 1959. - 712с.
2. Ашмарин И.П., Стукалов П.В. Нейрохимия. - М.-Ин-т биомед. Хим. РАМН. - 1996. - 470 с.
3. Бережной Р.В. Судебно-медицинская экспертиза отравлений техническими жидкостями. - М.- Медицина. - 1977. - 208 с.
4. Богомолов Д.В. О судебно-медицинской экспертизе ядов. - М., 2012. - 200 с
5. Вермель И.Г., Солохин А.А. Формальная логика в судебной медицине.- М. -РИО РМАПО.-1995г.-92с.
6. Гофман Э. Учебник судебной медицины. - СПб. - Издательство К.Л. Риккера. - 1891. - 858с. (отравления - С. 511-603.)
7. Движков П.П.// Многотомное руководство по патологической анатомии: Т. 8.:Патологическая анатомия профессиональных заболеваний. - М. - Медгиз.-1962.- СС. 230-274.
8. Ивин А.А. Элементарная логика: Учебное пособие для общеобразовательных школ, гимназий, лицеев, колледжей. - М. - 1994. - 200с.
9. Калмыков К. Н. Повреждения и смерть от действия химических факторов (отравления) // Судебная медицина (Руководство для врачей) / Под ред. А. Р. Денковского и А. А. Матышева. — Л.: Медицина, 1976. - С. 218 - 249.
10. Лужников Е.А., Классификация отравлений в судебно экспертной деятельности // Материалы 15-го Всероссийс. съезда судеб, медиков. Саратов, 1992.-Ч. 1.-С. 124-126.
11. Маковская Е.И. Патологическая анатомия отравлений ядохимикатами. - М. - Медицина. - 1967.- 348с.
12. Орлов Б.Н., Гелашвили Д.Б., Ибрагимов А.К. Ядовитые животные и растения СССР. - 1990.-М.- "Высшая школа". - 272с.
13. Осипова Н.А, Новиков Г.А., Вещева М.С., Прохоров В.М., Береснев В.А., Лосева Н.А., Земская С.Ю., Смолина Т.А. // Анестезиология и реаниматология. - 1994. - №4 - с.53-57.
14. Пауков В.С., Живодеров Н.Н. Судебная медицина и судебная психиатрия: Учебник.-М.-ГЭОТАР Медицина. - 2000. - С. 97-110.
15. Попов Н.В. Токсикология. // Основы судебной медицины. Пособие для студентов медицинских институтов. Под общей редакцией проф. Н.В.Попова.- Медгиз. - 1938. - С. 313-432 (594с).
16. Смусин Я.С. // Тезисы докладов 2-й научно-практической конференции, посвященной 30-летию победы в Великой Отечественной войне. - Ленинград.- 1975. - С. 52-53.
17. Смусин Я.С. // Судебно-медицинская наука в практике здравоохранения и экспертизы: Мат.ХУ1 Пленума правления ВНОСМ. -Минск. - 1979. - С. 109-111.
18. Хохлов В.В., Кузнецов Л.Е. Судебная медицина: Руководство. - Смоленск. - 1998. - 800с.
19. Calderon S.N., Rothman R.B., Porreca F., Flippen-Anderson J.L., McNutt R.W., Xu H., Smith L.E., Bilsky E.J., Davis P., Rice K.C. // Journal of Medicinal Chemistry.-1994. - V. 37. - N 14. - P.2125-2128.
20. Dafni A., Yaniv Z. // Journal of Ethnopharmacology. - 1994. - V. 44. - N 1. - P.11-13
21. Knight B. Simpson's forensic medicine: 11-ed.-New York. - Oxford university press.-1997. - (всего 212с.)- P.181-186.
22. Lazarus L.H., Bryant S.D., Attila M., Salvadori S. // Environmental Health Perspectives. - 1994. - V. 102. - N8.- P.648-654.

23. Stimpfl T, Vycudilik W. // J Anal Toxicol 2000 Jan-Feb; 24(1):32-6 Tapalaga D., Dumitrascu D., Coldea A., Ban A., Dancea S. Drug

24. Induced hepatitis // Med Interne. - 1982. - V. 20.-N 3. - P.231-238.

Тұжырым

УЛАНУ ЖӘНЕ УЛАРДЫҢ СОТ-МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖІКТЕУІ
А.Ж. Алишев, Р.М. Хасанов, Т.Х. Куралбаев, М.М. Байсадықов

Қазақстан республикасы денсаулық сақтау министрлігі,
Алматы қаласындағы бөлімі РМҚМ «Сот медицинасының орталығы»

Осы мақалада улы заттардың тәжірибеде әр түрлі жіктеулері берілген. Қандай улы заттар өте жиі уланды шақырады. Сонымен қоса токсикалық заттармен уландыдың анықтау тәсілдері жазылған

Негізгі сөздер: токсикалық заттар, уларды жіктеуі, улануларды анықтау.

Summary

A FORENSIC CLASSIFICATION OF POISONS AND POISONING
A.Zh. Alishiev, R.M. Khasanov, T.H. Kuralbaev, M.M. Baysadykov

Center for Forensic Medicine, Almaty

In the literature review shows the different classification of toxic substances intended for the purpose of expert practice. Categories of substances that most commonly cause poisoning. The article also highlights some aspects of forensic medical diagnosis of poisoning.

Key words: toxic substances, poisons classification, diagnosis of poisoning.

УДК 340.6+617.51-001

Т.К. Сарсенов

Алматинский филиал РГКП «Центр судебной медицины»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ

Аннотация

В данной статье приведены данные о судебно-медицинской оценке черепно-мозговой травмы, определении степени тяжести черепно-мозговой травмы для расследования преступлений против здоровья и жизни человека.

Ключевые слова: судебно-медицинская оценка черепно-мозговой травмы, определение степени тяжести черепно-мозговой травмы.

В современных условиях отмечается значительный рост травматизма, среди которого черепно-мозговая травма составляет до 30% всех повреждений и является одной из основных причин смерти и инвалидизации лиц наиболее трудоспособного возраста (в 19% случаев). В возрасте до 45 лет черепно-мозговая травма занимает первое место по летальности, существенно превышая сосудистые и онкологические заболевания [17, 21].

Одной из основных причин черепно-мозговой травмы у лиц в возрасте 20-35 лет являются дорожно-транспортные происшествия, при которых летальность от острой черепно-мозговой травмы занимает ведущее место. У мужчин значительно преобладает транспортная травма - 22,2 %, у женщин - 24 % - тупая травма головы [8, 18].

Несмотря на неослабевающее внимание клиницистов и судебных медиков к вопросам клинической, морфологической и лабораторной диагностики черепно-мозговой травмы (ЧМТ), до конца решенной эту проблему назвать нельзя [6, 20].

Определение степени тяжести закрытой ЧМТ остается одной из наиболее трудных задач судебной медицины [2]. Это обусловлено сложностью диагностики тех

повреждений, которые в остром периоде нередко характеризуются стертой или разнообразием клинической картины [9, 17].

Нередко эта травма сопровождается переломами костей свода и основания черепа. Анализ общего травматизма, по данным Алтайского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы, показал, что смертельная черепно-мозговая травма, по частоте встречаемости, стоит на втором месте, а переломы костей черепа, при этом, формируются в 20,4% случаев [22]. Такая частота встречаемости имеет не только социальную, медицинскую и экономическую значимость, но и свидетельствует об актуальности этих повреждений в экспертной практике.

Имеется достаточно большое количество научных исследований, посвященных переломам костей черепа от однократных ударов твердыми тупыми предметами, имеющих как ограниченную [1, 3, 11], так и широкую травмирующую поверхность [5, 14].

Не остались без внимания и особенности разрушения мозгового черепа при неоднократных ударных воздействиях [10]. Проведенные этими авторами исследования позволили выявить определенное влияние внешних условий травмирования (параметры травмирующе-

го предмета - форма, размеры, площадь травмирующей поверхности; твердость предмета — металл, дерево, резина; направление удара; кратность и последовательность воздействий) и анатомических особенностей строения повреждаемого объекта (форма черепа; кривизна, толщина, степень диплоэтизации травмируемых участков) на морфологические свойства переломов.

Немало научных работ касаются и статического сдавливания между твердыми тупыми предметами [4, 13]. Они позволяют определять не только вид воздействия, но и направление сдавливания по характеру локализации и морфологическим особенностям переломов. При этом, авторы указывают на большое влияние общей формы черепа на особенности его разрушения.

Судебно-медицинская практика показывает, что дифференциальная диагностика сотрясения и ушиба головного мозга легкой степени является наиболее частой причиной для назначения повторных СМЭ [15]; она представляет наибольшую сложность, однако имеет высокую значимость, поскольку существенно влияет на квалификацию вреда здоровью и, соответственно, на определение меры юридической ответственности за нанесенную ЧМТ [17].

В отечественной и зарубежной науке и практике медицины до настоящего времени не предложено объективных критериев, позволяющих с достоверностью дифференцировать эти пограничные состояния. Установление диагноза сотрясения головного мозга основывается преимущественно на субъективных ощущениях пострадавшего - нарушении сознания, головной боли, тошноте, рвоте, шуме в ушах, затуманивании перед глазами и др. Реже выявляются непостоянно встречающиеся объективные симптомы - вегетативные реакции, лабильность пульса и артериального давления, расстройства ликвородинамики и так называемые микроорганические изменения со стороны центральной нервной системы. Однако степень выраженности субъективных признаков весьма индивидуальна, а методы их объективного подтверждения на современном этапе развития медицины не разработаны. Объективные же симптомы не следует считать патогномичными для сотрясения головного мозга, так как они наблюдаются и при других заболеваниях [19, 21]. Длительность срока реабилитации также не может быть признана достоверным критерием, поскольку обуславливает многочисленными экспертными и правовыми ошибками при судебно-медицинском определении степени причиненного вреда здоровью [11, 14].

Для повышения достоверности установления диагноза ЧМТ предлагаются многочисленные параклинические исследования: определение концентрации молочной кислоты и свертываемости крови [16], ксантиоксидазной активности [15], креатинкиназы и лактатдегидрогеназы [3], соотношения 5-гидрооксиндолуксусной и гомованилиновой кислот в спинно-мозговой жидкости [16], изменение уровня антител к нейроспецифической енолазе и к основному белку миелина [12], электроэнцефалография [23], компьютерная томография [7], методы изучения мозгового кровотока [16] и магнитно-резонансного изображения [6, 15] и др. Однако, ни одно из них не гарантирует надежной диагностики легкой ЧМТ. Кроме того, их проведение требует специально подготовленного персонала, наличия сложной аппаратуры и оборудования, что затрудняет широкое применение в учреждениях практического здравоохранения. Объективное определение давности черепно-мозговой травмы нередко имеет важное значение для расследования преступлений против здоровья и жизни человека,

что и определяет важность дальнейшего детального изучения данной проблемы.

Литература:

1. Громов А.П. Биомеханика травмы. - М., 1979. - 275 с.
2. Гуцаев Ю.П., Росин В.С. Объективизация легкой черепно-мозговой травмы // Материалы 3-го Всеросс. съезда судеб. медиков. - Саратов, 1992. - Ч.1. - С. 124-126.
3. Колесников А.О. Судебно-медицинская оценка переломов костей свода черепа при ударных воздействиях в зависимости от их анатомических особенностей и характера травмирующего предмета. // Автореф. канд. мед., 2002. - 24с.
4. Крюков В.Н. Основы механо- и морфогенеза переломов. М.: Фолиум, 1995. -232 с.
5. Крюков В.Н., Саркисян Б.А., Янковский В.Э. и др. Диагностикум механизмов и морфологии переломов при тупой травме скелета. Т. 5: Механизмы и морфология переломов костей черепа. Новосибирск: Наука, 2000. С. 65-70.
6. Лихтерман Л.Б. К методологии диагноза черепно-мозговой травмы // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1991. № 1. - С. 15-19.
7. Пиголкина Е.Ю., Горелкина М.Г. Судебно-медицинская диагностика легкой черепно-мозговой травмы // Современ. вопр. судеб. медицины и эксперт. практики: Сб. науч. работ. Ижевск, 1997. - С. 80-85.
8. Плаксин В.О. Судебно-медицинская оценка механизмов множественных переломов свода черепа при травме тупыми предметами: Дис. . д-ра мед. наук. М., 1996. - 204 с.
9. Ромодановский И.О., Алимова Р.Г. Морфологический субстрат церебральных повреждений как основа классификации черепно-мозговой травмы // Материалы 3-го Всерос. съезда судеб. медиков. - Саратов, 1992. - Ч. 1. - С. 135-137.
10. Сергеев Ю.Д., Ерофеев С.В. Неблагоприятный исход оказания медицинской помощи. - Москва-Иваново, 2001. - 288 с.
11. Смирнов А.А. Изменения коагуляционных свойств крови при острой черепно-мозговой травме // Вопр. нейрохирургии. - 1973. - № 6. - С. 18-23.
12. Сундуков Д.В. Судебно-медицинская оценка повреждений костей черепа тупыми твердыми предметами с круглой, плоской, сферической и трехгранной действующими поверхностями // Актуальные вопросы судебной медицины. - М., 1990. - С. 110-114.
13. Шадымов А.Б. О последовательности формирования переломов костей черепа при компрессионных нагрузках // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. - Новосибирск, - 1999, вып. 4, - С. 118-121.
14. Шадымов А.Б. Экспертное значение оценки строения поврежденного черепа для установления закономерностей его разрушения // Альманах судебной медицины. - Санкт-Петербург, 2001. - №2. - С. 14-20.
15. Шевчук В.А. и др. Травма головного мозга. Вопросы патогенеза и интенсивной терапии контузионных очагов // Бюллетень Украинской ассоциации нейрохирургов. - Киев, 2001. - С.13-17.
16. Яровой В.К. О спорных вопросах диагностики сотрясения головного мозга // Судеб.-мед. экспертиза. 1982. - № 3. - С. 23.
17. Arvigo F., Cossu M., Fazio B., et al. Cerebral blood flow in minor cerebral contusion // Surg. Neurol. 1985. - V. 24, № 2. - P. 211-217.

18. Biary N., Cleaves L., Findley L., Roller W. Post-traumatic tremor // *Neurol.* 1989. - V. 39, № 1. - P. 103-106.

19. Carlsson G.S., Svardsudd K., Welin L. Long-term effects of head injuries sustained during life in three male populations // *J. Neurosurg.* 1987. - V. 67, №2.-P. 197-205.

20. Gurdjian E.S., Webster I.E.; *Head injuries.* Little. Brown comp. Boston, Toronto, 1958; -46 p.

21. Levin H.S., Amparo E.G., Eisenberg P.M. Magnetic resonance imaging and computerized tomography in relation

to the neurobehavioral sequelae of mild and moderate head injuries // *J. Neurosurg.* 1987. - № 66. - P. 706-713.

22. Niedeggen A., Adelt D., Berndt R., Hopf Th. Creatine-kinase-BB after severe head-injury as an index of prognosis in relation to nature of trauma and patients age // *Acta neurochir.* 1989. - V. 101, № 3. - P. 117-120.

23. Tysvaer A.T., Storli O.V., Bachen N.I. Soccer injuries to the brain. A neurologic and electroencephalographic study of former players // *Acta neurol. scand.* - 1989, -V. 80, № 2. P. 151-156.

Тұжырым

СОТ МЕДИЦИНАДА МИ СҮЙЕГІНІҢ ЖӘНЕ МИДЫҢ ЗАҚЫМДАУНЫҢ СОТ МЕДИЦИНАЛЫҚ БАҒАЛАУЫ

Т.К. Сарсенов

Қазақстан республикасы денсаулық сақтау министрлігі,
Алматы қаласындағы бөлімі РМҚМ «Сот медицинасының орталығы»

Осы мақалада ми сүйегінің және мидың зақымдауының бағалауы туралы мәліметтер берілген. Адам өмірінің қауіптілығын және қылмыстық әрекетті анықтау үшін

Негізгі сөздер: ми сүйегінің және мидың зақымдауының бағалауы, зақымдаудың дәрежесін анықтау.

Summary

THE FORENSIC EVALUATION OF TRAUMATIC BRAIN INJURY

T.K. Sarsenov

Center for Forensic Medicine, Almaty

In the literature review presents data on the forensic evaluation of traumatic brain injury, determining the degree of severity of traumatic brain injury to investigate crimes against human life and health.

Keywords: forensic evaluation of traumatic brain injury, the definition of the severity of traumatic brain injury

УДК 340.6+617.51-616.5-003.215

А.Ж. Алишев

Талғарское отделение Алматинского филиала РГКП «Центр судебной медицины»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Аннотация

В данной статье отражено состояние проблемы исследования возникновения и давности образования субдуральной гематомы. Приведены различные методы исследования, в том числе и биохимические.

Ключевые слова: внутричерепные гематомы, закрытая черепно-мозговая травма, давность образования, биохимические методы исследования.

Актуальность.

Внутричерепные (в том числе субдуральные) гематомы являются наиболее частой причиной неблагоприятных исходов при нейротравме [1,15]. Частота внутричерепных гематом, по Л.Б. Лихтерманом и Л.Х. Хитриным, в структуре летальной черепно-мозговой травмы варьирует от 15 до 53% частота. По данным D. Crooks при секционных исследованиях закрытой травмы головы, субдуральные гематомы обнаруживаются несколько чаще - в 26 - 63% [2,6,21].

Одной из наиболее важных проблем судебной медицины в настоящее время остается определение давности образования внутричерепных кровоизлияний, образующихся как при черепно-мозговой травме, так и при цереброваскулярных болезнях [4,8].

Различают следующие виды внутричерепных гематом: эпидуральные, субдуральные, субарахноидальные и внутримозговые. Механизм их возникнове-

ния различен, и достаточно глубоко исследован как при острой недостаточности мозгового кровообращения, так и при черепно-мозговых травмах. [6,11,13].

Патогенез травматических внутричерепных гематом сложен и не относится к полностью изученным вопросам черепно-мозговой травмы. Литературу, в которой описаны патогенетические механизмы образования субдуральных гематом, нельзя считать обширной, приводимые в ней данные являются суждением, а, следовательно, требуют определенной коррекции с точки зрения судебно-медицинской экспертной оценки [18,20].

В патогенезе возникновения субдуральной гематомы ключевым звеном является травма, но в одних случаях она может являться провоцирующим фактором, а в другом - непосредственно причиной кровоизлияния [4]. На секционном исследовании внутричерепные гематомы, как следствие черепно-мозговой трав-

мы, выявляются в 15-35 % случаев, из них субдуральные гематомы – в 22,8-35,8 % [5]. Относительная частота встречаемости субдуральных гематом, в общей структуре судебно-медицинских и патологоанатомических вскрытий составляет 4% [6;7].

Острая субдуральная гематома, как правило, встречается в сочетании с высокими параметрами ускорения головы во время травмы. При таких травмах характерны переломы костей черепа, преимущественно основания. Частое образование острых субдуральных гематом на стороне, противоположной месту приложения травмирующего фактора, И.М. Иргер объясняет смещением обоих полушарий по направлению действия травмирующего агента. Вместе с тем, по данным Л.Б. Лихтермана и Л.Х. Хитрина субдуральные гематомы, в отличие от эпидуральных, возникают примерно с той же частотой, как на стороне приложения силы, так и на противоположной [3,7,22].

Развитие субдуральных гематом возможно и при отсутствии непосредственного приложения к голове травмирующего предмета и может быть связано с хлыстовым механизмом травмы - резким изменением вектора скорости движения головы (по нашим данным около 5%) [12,18]. В некоторых случаях в образовании субдуральных гематом могут одновременно участвовать оба механизма (ударный и хлыстовой), чем Л.Х. Хитрин объясняет возможность их двустороннего расположения [6]. Субдуральные гематомы могут быть обусловлены разрывами корковых артерий и вен, синусов твердой мозговой оболочки, однако наиболее частой их причиной являются повреждения пиальных вен (вен-притоков к синусам твердой мозговой оболочки) [7,12], прочностные свойства которых и особенности фиксации в субдуральном пространстве (наряду с некоторыми другими факторами) предопределяют возможность разрыва сосудистой стенки при различных уровнях ускорения головы в момент травмы. Пиальные перфорирующие вены обладают достаточными прочностными (эластическими) свойствами [6,18,22]. Их резистентность к различным степеням растяжения значительным образом зависит от скорости, с которой происходит натяжение сосудистой стенки.

В эксперименте было выяснено, что среднее растяжение, при котором происходит разрыв вены, уменьшается почти на один порядок величины, если время развития центростремительных контактных и бесконтактных нагрузок находится в пределах от 0,1 до 3,3 мс [15,21]. При статических нагрузках повреждение может не формироваться даже при растяжении сосудистой стенки более, чем в 2 раза. При динамических нагрузках резистентность пиальных вен к разрыву значительно уменьшается, повреждение сосудов может возникать при растяжении сосудистой стенки чуть более, чем на одну пятую [14,22].

Аспекты прочностных свойств пиальных вен и их толерантности к воздействию физических агентов нельзя рассматривать в отрыве от ряда иных (преморбидных) факторов [1,4]. Большинство авторов к таким факторам относят острые и хронические инфекционные процессы головного мозга, сосудистые поражения, алкоголизм и др. Более того, Д.Т. Куимов и А.С. Шмарьян считают, что при некоторых видах субдуральных гематом механический фактор среди других (вышеперечисленных) факторов должен рассматриваться в последнюю очередь. В связи с этим М.И. Авдеев призывает к очень осторожной экспертной

оценке таких случаев (при отсутствии перелома костей черепа, очагов ушиба и т.д.) и уточнению роли травмы в генезе субдуральной гематомы посредством исключения влияния других факторов. Приведенные данные не раскрывают все аспекты затронутой проблемы, а свидетельствуют о необходимости дальнейшего целенаправленного комплексного исследования прочностных свойств сосудов мозга и его оболочек с учетом механических параметров внешней нагрузки и физических процессов, развивающихся в ответ на травму в мозге и парацеребральных структурах [13,17]. Такого рода исследование позволит сделать возможным решение вопроса о роли травмы в формировании субдуральной гематомы (особенно в тех случаях, когда травма головы не сопровождалась переломами черепа, ушибами мозга и другими травматическими субстратами) среди ряда иных эндогенных и экзогенных факторов [18,21,22].

Также наряду с патогенезом образования внутричерепных гематом, важно и определение давности образования гематомы. С этой целью рядом исследователей был проведен анализ травматических внутричерепных гематом с применением биохимических и биофизических методов [7,9]. Были предприняты попытки установления давности хронической субдуральной гематомы с помощью гистологического исследования образцов, удаленных во время операции [10].

Выявлена и доказана избирательная чувствительность методов биохимических исследований на определенных этапах посттравматического периода, возможность применения их для диагностики образования травматических внутричерепных кровоизлияний и дифференциальной диагностики от нетравматических внутричерепных кровоизлияний при остром нарушении мозгового кровообращения [15]. Разработаны математическая модель для определения времени образования травмы по уровню глюкозы в сыворотке крови при травматических внутричерепных кровоизлияниях, график регрессии для определения давности образования внутричерепных кровоизлияний после причинения травмы по уровню глюкозы в сыворотке крови. Применение биохимических методов исследования, по мнению автора, наиболее целесообразно при определении давности образования внутричерепных кровоизлияний. При этом показателем давности образования гематом может служить количество метгемоглобина в них. Для правильного учета новообразования метгемоглобина в качестве контрольного исследования может быть использовано определение содержания метгемоглобина в крови из синусов мозговых оболочек [14,19]. При наличии гематом большого объема целесообразно исследовать как центральную, так и периферическую ее части. Содержание метгемоглобина на периферии гематомы, как правило, в несколько раз выше, чем в центре, что связано с динамикой образования гематомы. Комплексная оценка этих результатов позволяет более точно судить о давности образования гематомы [16].

Таким образом, в современной судебной медицине не существует абсолютно надежных и точных критериев определения давности образования внутричерепных гематом, что и определяет актуальность этих исследований.

Также, исследование такого рода патогенеза черепно-мозговой травмы, позволит определить ее роль в формировании субдуральной гематомы (в особенности, когда травма головы не сопровождалась перело-

мами черепа, ушибами мозга и другими травматическими элементами) среди ряда иных эндогенных и экзогенных факторов.

Литература:

1. Бадмаева Л.Н. Судебно-медицинская диагностика давности травматических внутримозговых кровоизлияний по изменениям некоторых биохимических показателей., автореф. дисс.... канд. мед. наук. - Москва-2004, С. 6-7.
2. Жук Н.В. // Всесоюзный съезд судебных медиков, 2-й. - Минск, 1982. - С. 132-134.
3. Зотов В.Ю., Щедренюк В.В. Хирургия травматических внутримозговых гематом и очагов размножения головного мозга. - Л., - 1984. - С. 199.
4. Корниенко В.Н., Васин Н.Я., Кузьменко В.А., Компьютерная томография в диагностике черепно-мозговой травмы / АМН СССР - М.: Медицина, 1987. - 288 с.: ил., С. 98.
5. Лихтерман Л.Б., Хитрин Л.Х. Травматические внутримозговые гематомы. - Л.: Медицина, 1973. - 296 с.
6. Логвиненко А.Г. // Суд.-мед. эксперт. - 1986., №4. - С. 35-39.
7. Науменко В.Г. Повреждения черепа и головного мозга при воздействии тупыми предметами: Автореф. дисс... д-ра мед. наук - М., 1969. - 24с.
8. Недугов Г.В. Анализ причин смерти при субдуральных гематомах - Самара: ООО "Офорт", 2009. - С. 3-38
9. Пиголкин Ю.И., Касумова С.Ю., Романов А.Н. Морфологическая характеристика хронических субдуральных гематом. Судебно-медицинская экспертиза. М., 1999. - №1 - С. 11-14.
10. Пиголкин Ю.И., Романов А.Н., Богомолов Д.В., Бибикина А.А. Эпидемиологические особенности смертельных субдуральных гематом в судебно-медицинской практике Судебно-медицинская экспертиза. - М., 1992 - №3. - С. 12-14.
11. Попов В.Л. Морфологическая характеристика и судебно-медицинская оценка травматических субарахноидальных кровоизлияний: Автореф. дисс... д-ра мед. наук. - Л., 1980. - С. 23.
12. Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д. Хронические субдуральные гематомы. - М., - 1997. - 64с.
13. Ромоданов А.И., Мосейчук Н.И. // Нейрохирургия.- Киев. 1990. - С. 150.
14. Туребаев О.Н. // Суд. - мед. эксперт - 1988. - №3. - С. 33-35.
15. Чурляев Ю. А., Епифанцева Н. И., Карпенко В. С. и др. // Анест. и реаниматол. — 1996. — № 1. — С. 64—65.
16. Bagley Ch. Spontaneous cerebral hemorrhage. Arch. Neurol. Psychiat., 1932, 27, 5, с. 1133-1174.
17. Cahill. R., Cotvin B. T. // Postgrad. Med. J. - 1997. -Vol. 73. - P. 201-206.
18. Giroud M., Lemesle M., Madinier G. et al. // Acta Neurol. Scand. - 1997. - Vol. 96, N 6. - P. 401-406.
19. Henssge C. Death time estimation in case work. The rectal temperature time of death nomogram // Forensic Sci. Int. - 1988. - Bd. 61. - № 3. - P. 209-236.
20. Lazorthes G. L'hémorragie cérébrale vue par le neuro-chirurgien. - Paris, 1956, - С.128.
21. Muller B. Mastdarmtemperatur der Leiche und Todeszeit (German) // Dtsch. Z. Gerichtl. Med. - 1937. - Vol. 28. - P. 172-177.
22. Prokop O. Die Abkühlung der Leiche. In: Forensische Medizin (German). (Prokop J., Gohler W., edc.). Berlin: Verlag Volk und Gesundheit, 1975.
23. Puzilli F., Salvati M., Bristot R. et al. // Childs Nerv. Syst. - 1997. - Vol. 13, N 11-12. - P. 601-603.
24. Wilson D. A., Nelson M. D. Jr., Fenstermacher M. J. et al. // Radiology. - 1992. - Vol. 185, N 2. - P. 553-558.

Тұжырым

СОТ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТӘЖИРИБЕСІНДЕ СУБДУРАЛДЫ ГЕМАТОМАНЫҢ ПАТОГЕНЕЗИНІҢ КЕЙБІР МӘСЕЛЕЛЕРІ

А.Ж. Алишев

Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігі Талғар қаласындағы Алматылық бөлімі РМҚМ «Сот медицинасының орталығы»

Осы мақалада субдуральды гематоманың қайдан және қашан пайда болғанын анықтаудың мәселелері көрсетілген. Зерттеудің бір неше әдістері және биохимиялық әдістері жазылған.

Негізгі сөздер: ми ішіндегі гематомалар, ми сүйегінің және мидың жабық зақымдануы, биохимиялық әдістер.

Summary

SOME QUESTIONS OF PATHOGENESIS OF THE SUBDURAL HEMATOMA IN FORENSIC MEDICINE PRACTICE

A.Zh. Alishev

Talgar department of Almaty branch "Centre of Forensic Medicine"
Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

In the literary review the condition of a problem of research of emergence and prescription of formation of a subdural hematoma is reflected. Various methods of research, including the biochemical are given.

Key words: the intra cranial hematomas, the closed craniocerebral trauma, prescription of education, biochemical methods of research.

УДК 616.891.6-08

А.А. Алмагамбетова, Ш.Б. Толеубаева, С.К. Сатаева, Е.А. Павлюкова

Государственный медицинский университет города Семей,
КГКП «Психиатрическая больница», п. Шульбинск

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕРАПИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА

Резюме

В данном исследовании представлен анализ 60 случаев клинических форм генерализованного тревожного расстройства, из них женщин – 47 (78,3%), мужчин -13 (21,7%); трудоспособного возраста 25-60 лет, средний 44 – 50л.). Психопатологические состояния больных генерализованным тревожным расстройством представлены двумя клиническими вариантами, выделенными на основе общности клинических проявлений, клинической динамики и ведущей роли в их формировании особенностей тревожного аффекта. I вариант (типичный) характеризуется существенным удельным весом психического компонента тревоги и незначительным вкладом соматического компонента. II вариант (с акцентом соматической тревоги) отличался значительным вкладом соматического компонента тревоги, при котором удельный вес психического компонента остается преобладающим. Применение медикаментозной терапии и современных методов психотерапии дает более высокую клиническую эффективность при лечении больных с генерализованным тревожным расстройством, в сравнении с контрольной группой (60 пациентов).

Ключевые слова: генерализованное тревожное расстройство, психический компонент тревоги, соматический компонент тревоги, анализ клинических расстройств, анализ эффективности психотерапевтических мероприятий.

Актуальность

В настоящее время тревожные расстройства сравнительно недавно перестали рассматриваться, как симптомы аффективных нарушений, входящих в различные диагностические рубрики и были выделены в самостоятельные диагностические единицы (МКБ-10, 1994 F41.1). Вместе с тем, распространенность тревожных расстройств среди населения во всем мире очень высока. По данным различных авторов распространенность генерализованных тревожных расстройств (ГТР) в течение жизни в общей популяции составляет 6,5% (по критериям МКБ-10), в общемедицинской практике – 5–10% и даже 15% [1]. ГТР занимает второе по частоте место после заболеваний опорно-двигательного аппарата. Имеются данные, что распространенность ГТР весьма существенна и колеблется от 3,6% у мужчин, до 6,6% у женщин [2]. Патологическим признаком, наиболее характерным для ГТР, является чрезмерное, всеобъемлющее и неконтролируемое чувство тревоги и беспокойства, отличающее ГТР от других расстройств. Наличие ГТР и/или панического расстройства когда-либо на протяжении жизни повышает вероятность болезней сердца (в том числе ИБС) в 5,9 раза, Установлено, что ГТР в 62% случаев предшествует развитию болезней сердца. Повышенная тревожность является единственной исходной характеристикой, позволявшей прогнозировать неудовлетворительное заживление язвенного дефекта. До 40% пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) имеют ГТР. Наличие первичного ГТР повышает риск развития первого депрессивного эпизода в 4,5–9 раз, почти в 2 раза увеличивает продолжительность депрессии, уменьшает вероятность ремиссии, а также повышает риск суицидальных попыток.

Цель исследования

Анализ клинических расстройств этих нарушений, анализ эффективности терапевтических мероприятий в отношении больных генерализованным тревожным расстройством.

Материалы и методы исследования

В течение нескольких лет (2011-2013г.г.) наблюдались больные с генерализованным тревожным расстройством. Все больные обращались к психиатрической, психотерапевтической помощи на разных этапах заболевания, а также прошедшие курс лечения в стационаре.

Обследовано 60 больных из них женщин – 47 (78,3%), мужчин -13 (21,7%); трудоспособного возраста 25–60 лет, средний 44 – 50л.).

По давности заболевания больные распределялись следующим образом: до года –15 больных (25%), до трёх лет – 36 больных (60%), до пяти лет и выше – 9 (15%).

Самые частые коморбидные, т.е. встречающиеся вместе с ГТР, психические расстройства – это депрессия(35%), социальная фобия(10%), у 15% больных наблюдался один из вариантов соматоформной вегетативной дисфункции, паническое (25%), и посттравматическое стрессовое расстройства(5%), синдром раздраженного тонкого кишечника (СРК) (10%), расстройства личности тормозимого круга(5%). Несмотря на различные механизмы формирования клинических синдромов, формат этих расстройств в значительной степени зависит от личности, ее базисных структур и акцентуаций [7,8]. Это происходило, когда у пациентов очень высокий уровень тревожности. У других больных генерализованное тревожное расстройство возникало из неадекватности отношений между родителями и детьми в раннем возрасте, между родными и близкими [5].

Для больных, поступающих на лечение, были разработаны специальные комплексы антистрессовых лечебных мероприятий. В контрольной группе (60 пациентов), распределение женщин и мужчин было одинаковым (72,3% - 27,7%) в обеих возрастных группах.

Результаты исследования и обсуждение

Все пациенты, участвующие в исследовании были разделены на две группы в зависимости от характера тревоги в психическом статусе. К первой группе относились больные без выраженных соматоформных симптомов. Ко второй группе относились больные с

высоким удельным весом соматических проявлений тревоги. Главным признаком, лежащим в основе разделения, стал удельный вес в клинической картине психического и соматического компонентов тревоги.

Клинические проявления патологической тревоги были разнообразными и носили приступообразный или постоянный характер, проявляясь как психически, так и – соматическими симптомами.

Таким образом, группу I составили пациенты, клиническая картина которых характеризовалась существенным удельным весом психического компонента тревоги и незначительным вкладом соматического компонента (типичный клинический вариант). Группу II составили пациенты, у которых клинические проявления расстройства характеризовались значительным вкладом соматического компонента тревоги (клинический вариант расстройства с акцентом соматической тревоги). Необходимо отметить, что психический компонент тревоги преобладал над соматическим в рамках обоих выделенных клинических вариантов, это позволяет с уверенностью относить оба варианта к генерализованному тревожному расстройству.

Характеристика больных с типичным клиническим вариантом генерализованного тревожного расстройства.

Основопологающим критерием являлась, хроническая тревога, длящаяся более шести месяцев. К психическим следует отнести такие симптомы, как тревога, страх, агитация, подавленность, навязчивые мысли, ипохондрические опасения, расстройства сна [4].

Пациенты, страдавшие генерализованной тревогой, отмечали трудности в сосредоточении внимания. С другой стороны, сама по себе длительная тревожность утомляла и изматывала больных. Она мешала им думать, читать, выполнять привычные обязанности. В таком состоянии больным трудно сконцентрироваться на решении конкретной задачи. Внимание становилось рассеянным, ухудшалась память, страдали аналитические и синтетические способности. У пациентов отмечалось субъективное ощущение непродуктивности мышления. С течением времени указанное расстройство значительно влияло на работоспособность больных ГТР.

На высоте тревожного состояния в ряде случаев выявлялись элементы деперсонализации. Так, некоторые больные отмечали, что «тревога изматывала до такой степени», когда окружающий мир становился каким-то нереальным и отдаленным.

Одним из компонентов психической тревоги, который выявлялся у больных генерализованной тревогой, было беспокойство. Данный симптом проявлялся в виде неусидчивости. Хроническое беспокойство может выполнять функцию когнитивного избегания, тормозящего обработку эмоциональной информации [3]. Пациенты становились подозрительными, требовательными и придирчивыми к мелочам. Другим компонентом психической тревоги являлось чувство внутреннего напряжения. Больные прекращали выполнять домашние дела, так как им становилось трудно выполнять мелкие, точные движения. А долгая монотонная работа вызывала чувство нервозности и раздражительности.

Характерными жалобами являлись: сниженное настроение, чувство грусти, слезливости, идеи несправедливого отношения к себе, жалобы на свою судьбу, пониженная самооценка. Больные часто отмечали плохое самочувствие, слабость, быструю утомляемость. Депрессия выявлялась в 53,3% случаев (32

пациента). Основываясь на данных диагностической шкалы оценки депрессии Гамильтона, были выявлены следующие результаты: легкая степень депрессии наблюдалась у 12 человек (количество баллов от 8 до 10); средняя степень депрессии наблюдалась у 18 человек (количество баллов от 11 до 24); тяжелая степень депрессии наблюдалась у 2 человек (количество баллов выше 24).

Вместе с тем, у 5 больных расстройство настроения приобрело хроническое, флюктуирующее течение, не достигающего уровня большой депрессии или расстройства средней степени тяжести. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 данное нарушение было расценено как дистимия.

Коморбидные расстройства тревожного ряда не были характерны для группы больных с преобладанием психической тревоги. Только у 3 больных выявился синдром раздраженного кишечника. У 2 пациентов генерализованное тревожное расстройство сопровождалось паническими атаками. Приступы панических атак возникали, достаточно редко.

Характеристика группы больных с акцентом соматической тревоги.

К «соматизации» тревоги предрасполагал ряд конституциональных, приобретенных и внешних факторов, таких как психологический склад личности, особенности телесной чувствительности, длительность стресса, а также так называемая алекситимия (недостаточная способность человека распознавать и выражать собственные чувства).

Соматическая тревога являлась результатом проявления гиперактивности симпатической нервной системы.

В зависимости от преобладания тех или иных соматоформных проявлений, были выделены следующие группы:

- 1) соматоформные явления, связанные с сердечно-сосудистой системой;
- 2) соматоформные явления, связанные с респираторной системой;
- 3) соматоформные явления, связанные с желудочно-кишечным трактом.

Из 37 человек, страдавших генерализованным тревожным расстройством, в психическом статусе которых превалировала соматическая тревога, у 51% ведущими проявлениями соматической тревоги являлись жалобы, связанные с сердечно-сосудистой системой; у 37% соматоформные проявления, связанные с желудочно-кишечным трактом; у 12% соматическая тревога проявлялась в виде жалоб, связанных с респираторной системой.

Жалобы на «стрессы», настораживали на предмет выявления ГТР [9]. Среди внешних признаков у пациентов с ГТР отмечались беспокойные движения, суетливость, привычку что-нибудь тереть руками, тремор пальцев, нахмуренные брови, напряженное лицо, глубокие вздохи или учащенное дыхание, бледность лица, частые глотательные движения.

В отличие от пациентов с преобладанием психической тревоги, у данной группы больных начальные проявления болезни возникали достаточно резко и неожиданно, на фоне полного здоровья. Несмотря на плохое самочувствие, пациенты продолжали выполнять привычные обязанности. Однако, в течение короткого времени данная задача становилась все более трудно выполнимой.

Характерным для данной группы больных было наличие коморбидных расстройств тревожного ряда.

Так, в 51 % случаев коморбидным расстройством являлся синдром раздраженного кишечника; в 34% случаев у пациентов с соматической тревогой, страдающих ГТР, выявлялись панические атаки, которые отличались внезапным началом и высокой интенсивностью тревоги.

Печаль, грусть и тоска часто принимали черты витальности. Не смотря на низкий процент (15%) депрессии в данной группе, преобладала средняя и тяжелая выраженность депрессии, в отличие от группы с преобладанием психической тревоги. Средняя степень депрессии (до 24 баллов по шкале депрессии Гамильтона) была выявлена в 69% случаев, а тяжелая степень (свыше 24 баллов по шкале депрессии Гамильтона) депрессии в 31% случаев. Депрессивная симптоматика у обследуемых больных всегда была вторичной по отношению к тревоге и была оправданной существованием симптомов последней.

Динамика аффективной симптоматики в рамках выделенных клинических вариантов генерализованного тревожного расстройства характеризовалась определенными закономерностями:

- при типичном клиническом варианте симптоматика развивалась медленно. Пациенты длительное время пытались самостоятельно справиться с психическим дискомфортом, что обуславливало большой интервал времени между дебютом расстройства и обращением за медицинской помощью.

- при клиническом варианте с акцентом соматической тревоги симптоматика развивается более бурно, больные активно обращались за медицинской помощью к врачам соматических специальностей и длительное время наблюдались у них, что так же способствовало отсрочке оказания специализированной помощи [2].

ГТР следует своевременно выявлять и лечить и потому, что оно ухудшает прогноз сопутствующей соматической патологии.

Терапию необходимо начинать с разъяснения пациенту того факта, что имеющиеся у него соматические и психические симптомы являются проявлением повышенной тревожности и что сама тревожность – это не «естественная реакция на стрессы», а болезненное состояние, которое успешно поддается терапии.

Применялись психодинамические методы терапии. Использовался метод свободных ассоциаций и интерпретация переноса, сопротивления и сновидений пациента для того, чтобы помочь ему справиться со своими трудностями. Психодинамическая терапия проводилась с целью помочь больным с генерализованным тревожным расстройством не так бояться импульсов своего Ид и успешно их контролировать. Проводилась также терапия объектных отношений, которая была направлена на то, чтобы помочь тревожным пациентам обнаружить и разрешить детские проблемы взаимоотношений, которые продолжали поддерживать высокий уровень тревоги в зрелом возрасте.

Была использована методика клиент-центрированной терапии Роджерса, с целью показать эмпатию и безусловное позитивное отношение пациентам. Атмосфера искреннего принятия и заботы давала ощущение безопасности, в котором нуждались больные. Чувствуя безопасность, пациенты смогли лучше определить свои истинные потребности, мысли и эмоции, а также «узнать» себя, что означает научиться целиком доверять своей интуиции, быть честным с собой, принимать самого себя. Тревожность

и другие симптомы психологических расстройств убывали.

Применялись разнообразные техники экзистенциальной психотерапии с целью принятия решений на себя ответственности за свои действия, наполнение своей жизни смыслом и понимание своей собственной уникальности.

Использовалась техника рационально-эмотивной терапии Эллиса, где пациентам указывали на иррациональные убеждения, предлагали более приемлемые установки и давали домашнее задание, которое давало возможность приобрести практические навыки в замене старых убеждений на новые. Проводимая терапия помогала больным определить и изменить иррациональные убеждения и ход мыслей, которые способствовали развитию психологических трудностей.

Пациенты с тревожными расстройствами имели множество необоснованных страхов, как бы не случилось несчастье с этой целью проводилась поведенческая психотерапия.

При психической тревоге ГТР из антидепрессантов показана эффективность некоторых селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), в первую очередь пароксетина, ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина – венлафаксина. Из противотревожных (анксиолитических) средств применялись препараты бензодиазепиновой группы особую роль в этом процессе сыграли препараты, составившие «золотой стандарт» анксиолитических средств (дiazepam, lorazepam, fenazepam, klonazepam, oksazepam) [6]. При соматической тревоге в качестве основного психофармакотерапевтического средства применялись антидепрессанты, а также нейрелептик дезингибирующего типа действия сульпирид (эглонил). Отмечена высокая эффективность препарата и стабильность улучшения при целом [7].

В связи с риском развития психической и физической зависимости бензодиазепины назначались, как вспомогательное лечебное средство курсом длительностью в среднем около 1 недели. Таким образом, при психической тревоге наиболее эффективными были препараты бензодиазепиновой группы (наряду с антидепрессантами), а анксиолитические свойства сульпирида, напротив, отмечались у больных с высокими уровнями соматической тревоги с коморбидными соматоформными нарушениями, и отсутствовали у пациентов с преобладанием психической тревоги. В наиболее тяжелых случаях курс терапии бензодиазепинами продолжался не более 3 недель.

Выводы:

1. ГТР – очень распространенное психическое расстройство с хроническим, волнообразным течением, спонтанная ремиссия которого отмечалась лишь у трети пациентов.

2. ГТР вызывает снижение трудоспособности и качества жизни, и утяжеляет течение сопутствующих соматических заболеваний, приводя к увеличению затрат на ведение таких пациентов.

3. ГТР требует быстрой диагностики и назначения эффективной терапии.

4. Выделение клинических вариантов генерализованного тревожного расстройства дает возможность более четкой дифференцированной диагностики состояния пациента уже на ранних этапах развития заболевания, а также возможность прогноза динамики психопатологической симптоматики.

5. Индивидуальное своеобразие психического состояния больных генерализованным тревожным расстройством определяется соотношением психического и соматического компонентов тревоги, а также психопатологическими феноменами, обусловленными коморбидными психическими расстройствами (депрессия, панические атаки, фобии, соматоформные симптомы).

6. Терапия антидепрессантами у больных генерализованным тревожным расстройством эффективна в отношении пациентов с типичным вариантом расстройства и пациентов с коморбидной депрессией.

7. Терапия атипичным нейролептиком сульпридом эффективна для больных генерализованным тревожным расстройством с акцентом соматической тревоги и пациентов с коморбидными соматоформными нарушениями.

Литература:

1. Беглянкин Н.И., «Клинические особенности генерализованного тревожного расстройства». Сборник «Современные научные направления в неврологии». Москва. - 2003. - С.128-129.

2. Беглянкин Н.И., Славгородский Я.М. «Клиническая картина и прогноз генерализованного тревожного расстройства». III конференция молодых ученых Рос-

сии с международным участием. Сборник трудов «Фундаментальные науки и прогресс клинической медицины». М., - 2004. - С.272.

3. Карвасарский Б.Д. Неврозы. — 2-е изд. Генерализованное тревожное расстройство - М., 1990. bookap.info/genpsy/kidspat/gl46.shtml.

4. Зачеицкий Р.А., Карвасарский Б.Д. Вопросы соотношения осознаваемых и неосознаваемых форм психической деятельности в свете опыта патогенетической психотерапии неврозов. - 8 мая 2013 С.15-27.

5. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия — М., 1985. - С.75.

6. Смулевич А.Б., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Клинические эффекты бензодиазепиновых транквилизаторов в психиатрии и общей медицине, Медиа Сфера, Москва, 2005.

7. Семке В.Я., Епачинцева Е.М. «Душевные кризисы и их преодоление», Томск, 2005.

8. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Ильина Н.А. Расстройства личности: актуальные аспекты систематики, динамики и терапии // Психиатрия. - 2003. - №5. - С.7-16.

9. Незнамов Г.Г., Сюняков С.А., Чумаков Д.В. и др. Результаты клинического изучения селективного анксиолитика афобазола, Экспер. клин фармакол., - 64 (2), 2001. - С.15-19

Тұжырым

ГЕНЕРАЛИЗДЕНГЕН ҮРЕЙЛІ БҰЗЫЛЫСТАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ МЕН ТЕРАПИЯСЫ

А.А. Алмагамбетова, Ш.Б. Толубаева, С.К. Сатаева, Е.А. Павлюкова

Семей қ. Мемлекеттік Медицина Университеті,

Шұлбі кентінің ҚМҚК «Психиатриялық ауруханасы»

Көрсетілген зерттеуде генерализденген үрейлі бұзылыстардың клиникалық формасының 60 жағдайының анализі көрсетілген, оның ішінде әйел адамдар – 47 (78,3%), ер адамдар -13 (21,7%); еңбекке жарамдылар 25-60 жас, орташа 44 – 50ж. Генерализденген үрейлі бұзылыстары бар науқастардың психопатологиялық жағдайы клиникалық көріністердің ұқсастығы, клиникалық динамика және олардың құрылуындағы үрейлі аффектінің ерекшелігі негізінде бөлініп алынған екі клиникалық нұсқаларымен көрсетілген.

I нұсқа (типті) үрейдің психикалық компонентінің айқын салмағымен және соматикалық компоненттің айқын емес құрамымен сипатталады. II нұсқа (соматикалық үрейдің акцентімен) үрейдің соматикалық компонентінің айқын басымдылығымен, ал психикалық компоненттің әлсіздігімен ерекшеленеді. Дәрілік терапия мен психотерапияның жаңа әдістерін қолдану генерализденген үрейлі бұзылыстары бар науқастарды емдеуде бақыланатын топқа қарағанда (60 науқас) жоғары клиникалық тиімділікке жеткізеді.

Негізгі сөздер: генерализденген үрейлі бұзылыстар, үрейдің психикалық компоненті, клиникалық бұзылыстар анализі, психотерапевтикалық шаралар тиімділігінің анализі.

Summary

CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER

A.A. Almagambetova, Sh.B. Tolebayeva, S.K. Satayeva, E.A. Pavlyukova

State Medical University of Semey city,

«Psychiatric Hospital», township Shulbinsk

This study presents an analysis of 60 cases of clinical forms of generalized anxiety disorder, of which women-47 (78.3%), men -13 (21.7%) of working age 25-44 years, mean - 60-50. Mental status of patients with generalized anxiety disorder are represented by two clinical cases, selected on the basis of common clinical manifestations clinical dynamics and leadership role in the formation of a disturbing emotion. I Variant (typical) is characterized by a significant proportion of the mental component of anxiety and minor contribution of somatic component. II Variant (with an emphasis of somatic anxiety) was a significant contribution to the somatic component, in which the proportion of mental component remains predominant. The use of drug therapy and psychotherapy techniques gives a higher clinical efficacy in the treatment of patients with generalized anxiety disorder, in comparison with the control group (60 patients).

Key words: generalized anxiety disorder, the mental component of anxiety, somatic component of anxiety disorders, clinical analysis, analysis of the effectiveness of psychotherapeutic interventions.

ЭОЖ: 612. 017.1 + 553.061

Д.Е. Узбекиев, Г.С. Шалғымбаева, А.К. Мусайнова, С.Е. Узбекиева

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,
Физиологиялық пәндер кафедрасы

ГАММА-СӘУЛЕНІҢ ӘСЕРІНЕ ҰШЫРАҒАН ЕГЕУҚҰЙРЫҚТАРДЫҢ 1-ШІ ҰРПАҒЫНЫҢ ИММУНДЫҚ ҚАБІЛЕТТІ АҒЗАЛАРЫНДАҒЫ ЭНЕРГИЯ АЛМАСУ ҮРДІСІНІҢ ЖАСЫНА ҚАРАЙ ӨЗГЕРІСІ

Тұжырым

Гамма-сәулесіне ұшыраған жануарлардың 1-ші ұрпақтарының 2 және 5 айлықтағы егеуқұйрықтарда бауыр мен көкбауыр гомогенаттарындағы энергиялық алмасу үрдісіндегі сукцинатдегидрогеназа (СДГ) мен цитохромхромоксидаза (ЦХО) ферменттерінің белсенділігі жағынан тежелу үрдісі байқалса, 10 айлықтағы тәжірибелік топ егеуқұйрықтарында нақты түрде тежелгені байқалған.

Ключевые слова: радиация, энергетикалық алмасу.

Мәселенің өзектілігі

Иондаушы радиацияның шағын дозасы биологиялық әсерінің сан алуан теорияларының бар болуына қарамастан, көптеген авторлар иондаушы радиацияның генетикалық әсері көріністерінде ДНК бүлінуінің маңызы зор екеніне ерекше мән берген [1, 2, 3, 4]. Семей сынақ ядролық полигоны (ССЯП) әрекетінен иондаушы сәулеленуге ұшыраған адамдар ұрпағы үшін иондаушы радиацияның шағын дозасының зардаптарын бағалауда өзінің маңыздылығын жоғалтқан жоқ. Қазіргі ұрпақтардың көпшілігі иондаушы сәулеге ұшыраған ата-анасынан туғандар құрайтындығы болып тұр. Радиацияның тура әсеріне душар болған ата-аналарынан туылғандардың денсаулығына радиациялық фактордың жанама әсері өзара қатыстығының ғылыми жетілдірілген критерийлерінің болмауы осы зерттеуді өткізуге себепші болды [5, 6, 7].

Жер шары халқының көпшілігі табиғи радиациядан сәулеленудің төмен деңгейіндегі сәулелік жүктемелерді қабылдайды. Сәулеленудің төмен деңгейіндегі иондаушы радиацияның шағын дозасына ұшыраған адамдар ұрпағында қатерлі ісіктердің, детерминисттік әсердің жиілеуі туралы статистикалық дәлелдемелер жеткіліксіз [8]. Осыған орай, шағын дозалы гамма-сәуле әсер еткен организмнің 1-ші ұрпағының ағзаларында пайда болатын биохимиялық өзгерістерін 2, 5 және 10 айлықтағы ағзада анықтау болды.

Зерттеу әдісі мен материалдары. Алға қойылған мақсатты орындау үшін радиацияға ұшыраған жануарлардың 1-ші ұрпақтарының 2, 5, 10 айлық егеуқұйрықтарында энергиялық алмасудағы ферменттерінің белсенділігін бағалауда 6 сериялы тәжірибе жасалды, оның бірі: біріншісі: 2 айлық қалыпты егеуқұйрықтар тобы ($n=15$), екіншісі: ата-анасы 0,2 Гр радиация алған жануарлардың 1-ші ұрпағының 2 айлықтағы тәжірибелік егеуқұйрықтар тобы ($n=15$); үшіншісі: 5 айлық қалыпты егеуқұйрықтар тобы ($n=15$), төртіншісі: ата-анасы 0,2 Гр радиация алған жануарлардың 1-ші ұрпағының 5 айлықтағы тәжірибелік егеуқұйрықтар тобы ($n=15$); бесіншісі: 10 айлық қалыпты егеуқұйрықтар тобы ($n=15$), алтыншысы: ата-анасы 0,2 Гр радиация алған жануарлардың 1-ші ұрпағының 10 айлықтағы тәжірибелік егеуқұйрықтар тобы ($n=15$). Сәулелендіру «Терагам» атты чехиялық радиотерапиялық кондырғысында радиобелсенді элементі ^{60}Co гамма-сәулелерімен жүргізілді. Ол үшін тәжірибелік жануарларды сәулелендіруге

Б.А.Жетпісбаев пен авторлармен ұсынылған әдісі бойынша топометриялық - дозиметриялық дайындығы өткізілді [9]. Бауыр мен көкбауыр гомогенаттарында сукцинатдегидрогеназа (СДГ), цитохромоксидаза (ЦХО) ферменттері белсенділігі анықталды. Алынған мәліметтердің статистикалық өңдеу жүргізілді [10].

Зерттеу мәліметтері. Зерттеу жұмыстың нәтижелері көрсеткендей 2 айлық қалыпты топтағы жануарлар мен 2-ші тәжірибелік топтағы 2 айлық егеуқұйрықтарда СДГ ферменті белсенділігі бауырда және көкбауырда нақты өзгерістерге түспегені анықталды. Атап айтқанда, бауыр гомогенатында СДГ ферментінің белсенділігі қалыпты топта $0,61 \pm 0,02$ нмоль/мг.сек болса, тәжірибелік топта $0,58 \pm 0,03$ нмоль/мг.сек көрсеткіште болды, $p > 0,05$ (1 кесте). Ал, келесі көкбауыр гомогенатында СДГ ферментінің белсенділігі нақты өзгеріске түспегені сандық көрсеткіштер көрсетіп отыр: қалыпты топта $1,82 \pm 0,08$ нмоль/мг.сек болса, тәжірибелік топтағы жануарларда $1,84 \pm 0,08$ нмоль/мг.сек көрсеткіште болды, $p > 0,05$.

5 айлық қалыпты топтағы жануарлар мен 2-ші тәжірибелік топтағы 5 айлық егеуқұйрықтарда СДГ ферменті белсенділігі бауыр гомогенатында қалыпты топта $0,52 \pm 0,02$ нмоль/мг.сек болса, тәжірибелік топта $0,47 \pm 0,02$ нмоль/мг.сек көрсеткіште болды ($p > 0,05$). Келесі зерттеу нысанасында көкбауыр гомогенатында СДГ ферментінің белсенділігі нақты түрде өзгеріс жүрмегенімен, төмендеу ықпалы байқалды: қалыпты топта $1,97 \pm 0,11$ нмоль/мг.сек болса, тәжірибелік топтағы жануарларда $1,83 \pm 0,09$ нмоль/мг.сек көрсеткіште болды, $p > 0,05$.

Зерттеу жұмыстың нәтижелері көрсеткендей 10 айлық қалыпты топтағы жануарлар мен 2-ші тәжірибелік топтағы 10 айлық егеуқұйрықтарда СДГ ферменті белсенділігі бауыр және көкбауыр гомогенаттарына келсек, нақты түрде өзгерістерге түсіп, ферменттің белсенділігі төмендегені белгілі болды. Енді әр қайсысына жекелей тоқталсақ, бауыр гомогенатында СДГ ферментінің белсенділігі қалыпты топта $1,33 \pm 0,08$ нмоль/мг.сек болса, тәжірибелік топта $1,12 \pm 0,06$ нмоль/мг.сек көрсеткішке дейін тежелген, немесе 15,78% төмендеген, $p < 0,05$. Көкбауыр гомогенатында да СДГ ферментінің белсенділігі нақты өзгеріске түскен: қалыпты топта $1,92 \pm 0,08$ нмоль/мг.сек болса, тәжірибелік топтағы жануарларда $1,70 \pm 0,07$ нмоль/мг.сек көрсеткіште болды, немесе 11,46% төмендеген, $p < 0,05$ (1 кесте).

1 кесте

Гамма-сәулеге ұшыраған жануарлардың 1-ші ұрпағының 2, 5 және 10 айлық егеуқұйрықтардың бауыр және көкбауыр гомогенатындағы СДГ (нмоль/мг.сек) белсенділігі көрсеткіштері (M±m).

	2 айлықтағы егеуқұйрықтар		5 айлықтағы егеуқұйрықтар		10 айлықтағы егеуқұйрықтар	
	Қалыпты топ	Тәжірибе тобы	Қалыпты топ	Тәжірибе тобы	Қалыпты топ	Тәжірибе тобы
Бауыр	0,61±0,02	0,58±0,03	0,52±0,02	0,47±0,02	1,33±0,08	1,12±0,06*
Көкбауыр	1,82±0,08	1,84±0,08	1,97±0,11	1,83±0,09	1,92±0,08	1,70±0,07*

Ескерту - қалыпты топтан айырмашылық нақтылығы: * - p<0,05.

Зерттеу жұмысымыздың келесі тәжірибе нәтижелеріне келсек, радиация сәулесін алған жануарлардан туылған 2 айлық егеуқұйрықтарда қалыпты тобындағы көрсеткішке қарағанда ЦХО ферменті белсенділігі бауыр гомогенатында нақты түрде төмендегені анықталды. Қалыпты топтағы жануарларда ЦХО көрсеткіші 16,53±0,71 нмоль/мг.сек болса, тәжірибелік топта бұл көрсеткіш 14,22±0,85 нмоль/мг.сек болды (p<0,05) немесе 13,97 %-ға төмендеген. Көкбауыр гомогенатында ЦХО ферменті белсенділігі қалыпты топта 13,27±0,96 нмоль/мг.сек көрсеткішті көрсетсе, тәжірибелі топта 11,32±0,66 нмоль/мг.сек көрсеткіште тіркелді, p>0,05 (2 кесте).

Ал, радиация сәулесін алған жануарлардан туылған 5 айлық жануарлардың бауыр гомогенатында ЦХО ферменті белсенділігі қалыпты топта 18,33±1,12 нмоль/мг.сек көрсеткіште болса, тәжірибелі топта 16,32±1,08 нмоль/мг.сек көрсеткіште тіркелді, p>0,05.

Қалыпты топтағы 5 айлық жануарлардың көкбауыр гомогенатында ЦХО көрсеткіші 15,44±1,05 нмоль/мг.сек болса, тәжірибелік топта бұл көрсеткіш 12,64±0,84 нмоль/мг.сек болып, нақты түрде тежелгені анықталды (p<0,05) немесе 18,13%-ға төмендеген. Тәжірибелік 10 айлық егеуқұйрықтарда қалыпты тобындағы көрсеткішке қарағанда ЦХО ферменті белсенділігі бауыр гомогенатында нақты түрде төмендегені анықталды (2 кесте).

Қалыпты топтағы 10 айлық жануарларда ЦХО белсенділігінің көрсеткіші 22,43±1,81 нмоль/мг.сек болса, тәжірибелік топта бұл көрсеткіш 18,22±1,06 нмоль/мг.сек болды, немесе 18,76%-ға тежелген (p<0,05). Ал, көкбауыр гомогенатында ЦХО ферменті белсенділігі қалыпты топта 17,44±1,15 нмоль/мг.сек көрсеткіште болса, тәжірибелі топта 14,66±0,78 нмоль/мг.сек көрсеткіште тіркелді, немесе 15,9 %-ға төмендеген, p<0,05.

2 кесте.

Гамма-сәулеге ұшыраған жануарлардың 1-ші ұрпағының 2, 5 және 10 айлық егеуқұйрықтардың бауыр және көкбауыр гомогенатындағы ЦХО (нмоль/мг.сек) ферменті белсенділігінің көрсеткіштері (M±m).

	2 айлықтағы егеуқұйрықтар		5 айлықтағы егеуқұйрықтар		10 айлықтағы егеуқұйрықтар	
	Қалыпты топ	Тәжірибе топ	Қалыпты топ	Тәжірибе топ	Қалыпты топ	Тәжірибе топ
Бауыр	16,53±0,71	14,22±0,85*	18,33±1,12	16,32±1,08	22,43±1,81	18,22±1,06*
Көкбауыр	13,27±0,96	11,32±0,66	15,44±1,05	12,64±0,84*	17,44±1,15	14,66±0,78*

Ескерту - қалыпты топтан айырмашылық нақтылығы: * - p<0,05.

Сонымен, 2 және 5 айлықтағы қалыпты жануарларда зерттеуге алынған тіндер гомогенаттарындағы СДГ және ЦХО ферменттері белсенділігі өз ара салыстыруда өзгеріссіз қалып, 10 айлықта (жетілу кезеңінде) нақты артқан. Зерттеуге алынған иммундық қабілетті тіндердегі энергиялық алмасу үрдісіндегі СДГ және ЦХО ферменттерінің белсенділігі 0,2 Гр дозадағы гамма-сәулесін алған жануарлардан туылған 2 және 5 айлықтағы егеуқұйрықтарда тежелу үрдісі байқалса, 10 айлықтағы тәжірибелік топ егеуқұйрықтарында нақты түрде тежелген. Тәжірибелік 2, 5 айлықтағы жануарларда энергиялық алмасу көрінісінен бейімделу реакциясының деңгейі жоғары болған.

Әдебиеттер:

1. Евдокимовский Э.В., Губина Н.Е., Ушакова Т.Е., Газиев А.И. Изменение соотношения мтДНК/ядДНК в сыворотке крови после рентгеновского облучения мышей в различных дозах // Радиационная биология. Радиоэкология. – 2012. – Т. 52, № 6. – С. 565-571.
2. Абильдинова Г.Ж., Каюпова Н.А., Святова Г.С. Оценка генетических эффектов при воздействии малых доз радиации. – Алматы, 2006. – 200 с.;
3. Sevan'kaev A.V., Lloyd D.C., Edwards A.A., Khvostunov I.K. et al. ... Biological estimation of dose in hemi-body irradiation of cancer patients by cytogenetic analysis // Health Phys. 2008. V. 94. № 2. P. 112-117.
4. Колесникова И.С. Влияние совместного культивирования облученных в дозе 1 Гр и необлученных лимфоцитов разнополых доноров на частоту хромосомных аберраций // Радиационная

биология. Радиоэкология. – 2012. – Т. 52, № 3. – С. 247-251.

5. Ким Д.С. Радиационная экологическая обстановка в рРеспублике Казахстан в районах расположения реакторов и на территории Семипалатинского испытательного полигона // Радиационная биология. Радиоэкология. – 2012. – Т. 52, № 4. – С. 409-418.

6. Ким А.Л. Значение маркеров радиационного повреждения при формировании групп повышенного риска развития онкологических заболеваний: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.07 — гигиена / А.Л. Ким.- Алматы, 2010.- 22с.

7. Изатова А.Е. Гигиеническая проблема последствий радиационного облучения населения Восточного Казахстана: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.07 – гигиена / Науч. центр гигиены и эпидемиологии им.Х.Жуматова МЗ РК. - Алматы, 2006. - 35с.

8. Аклеев А.В., Веремеева Г.А., Возилова А.В. Отдаленные эффекты в системе гемопозза на клеточном и субклеточном уровне при хроническом облучении человека // Радиационная биология. Радиоэкология. – 2006. – Т. 46, № 5. – С. 519-526.

9. Әділет Министрлігі Зияткерлік меншік құқығы комитеті. Эксперименттік жануарларды сәулелендіруге топометриялық-дозиметриялық дайындау тәсілі /Жетпісбаев Б.А., Ілдербаев О.З., Сандыбаев М.Н., Базарбаев Н.А., Ерменбай О.Т. Инновациялық патент №21845. Автордың куәлігі №61964.

10. Монцевичюте - Эрингене Е.В. Упрощенные математико-статистические методы в медицинской исследовательской работе // Пат. физиология и экспер. терапия. – 1961. – № 1. – С. 71-76.

Резюме

ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА В ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫХ ОРГАНАХ У 1-ГО ПОКОЛЕНИЯ ПОТОМКОВ КРЫС, ПОДВЕРГНУТЫХ ГАММА-ИЗЛУЧЕНИЮ

Д.Е. Узбекиев, Г.С. Шалгимбаева, А.К. Мусайнова, С.Е. Узбекиева

Государственный медицинский университет города Семей, кафедра физиологических дисциплин

Установлено, что в гомогенатах печени и селезенки со стороны активности ферментов энергетического обмена сукцинатдегидрогеназы (СДГ) и цитохромоксидазы (ЦХО) у 2 и 5-ти месячных потомков, подвергнутых гамма-излучению имеет место тенденция к снижению, тогда как у 10-ти месячных потомков облученных животных наблюдается достоверное снижение.

Ключевые слова: радиация, энергетический обмен.

Summary

AGE-RELATED CHANGES OF POWER EXCHANGE IN IMMUNOCOMPETENCY ORGANS AT 1-ST GENERATION OF DESCENDANTS OF RATS EXPOSED TO GAMMA-RADIATION

D.E. Uzbekov, G.S. Shalgimbaeva, A.K. Musainova, S.E. Uzbekova

Semey State medical university, Department of physiological disciplines

It is set that in homogenats of liver and spleen from the side of activity of enzymes of energy metabolism of succinate dehydrogenase (SDG) and cytochrome oxidase (CHO) at 2 and the 5-monthly descendants exposed to the gamma-radiation a tendency takes place to the decline, while the 10-monthly descendants of the radiation-exposed animals have a reliable decline.

Keywords: radiation, energy metabolism.

УДК 615.011-615.28-616-092.4

Б.Х. Абишев, Л.К. Жунусова, Л.Е. Чуленбаева

Казахский гуманитарно-юридический инновационный университет, г. Семей

ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ ЭКСТРАКТА РАСТЕНИЯ РОДА EMINIUM REGELII (ARACEAE)

Аннотация

Исследована антимикробная активность растения *Eminium Regelii*, используемого в народной медицине Казахстана для лечения туберкулеза и ревматизма, методом диффузии в агар. Экстракт этого растения, содержащий его суммарную алкалоидную фракцию, проявлял низкую антимикробную активность по отношению к 5-и использовавшимся микробным тест-культурам. Не было выявлено зависимости антимикробной активности данного экстракта от количества общих алкалоидов в изучавшемся диапазоне - от 0,01 до 1,0 мг/диск.

Ключевые слова: растение *Eminium Regelii*, алкалоидсодержащий экстракт, антимикробная активность, микробные тест-культуры, туберкулез

Изучение механизмов противотуберкулезного действия растительных средств, которые показали свою эффективность в народной медицине, является актуальной научной задачей. Химиотерапия туберкулезной патологии, как известно, сопряжена с многочисленными побочными явлениями и осложняется, в свою очередь, высокой распространенностью и учащением выявления резистентных форм микобактерий к противотуберкулезным препаратам. В этой связи необходимы углубленные исследования средств растительного происхождения, зарекомендовавших себя в народной медицине, для создания в последующем новых противотуберкулезных и антимикробных препаратов на этой основе.

Целью настоящей работы было изучение антимикробной активности экстракта растения *Eminium Regelii* в отношении 5 микробных культур. Это растение произрастает в Муюнкумах, Кызылкумах на территории Казахстана, среднеазиатских пустынях, Тянь-Шане, Афганистане [1,2] и в народной медицине используется для лечения туберкулеза и ревматизма. По литературным данным, отдельные представители растений рода Эминимум, в частности *Eminium spiculatum* Kuntze, произрастающий на Ближнем Востоке, обладают антимикробной, антипролиферативной и антитромбоцитарной активностью, обнаруженной в исследованиях *in vitro* [3]. В составе *Eminium spiculatum* Kuntze были обнаружены

лютеолины – флавоноиды, вызывающие в последние годы большой интерес в связи с выявлением у них широкого спектра биологической активности, в частности, антиканцерогенной, противовоспалительной, антисептической и антиаритмической. Представленной в настоящей статье исследование является первым этапом темы, цель которой состоит в изучении вероятных противотуберкулезных и антимикробных свойств растения рода Эминимум в эксперименте.

Материалы и методы. Клубни растения после измельчения и растирания в фарфоровой ступке подвергались водно-кислотной экстракции при непрерывном встряхивании; грубые частицы и частицы крахмала удалялись отстаиванием с последующей фильтрацией через бумажный фильтр. Суммарная фракция алкалоидов затем экстрагировалась органическим растворителем в щелочной среде (смесь серноокислого эфира и 10% раствора аммиака) с последующим выпариванием. Общее содержание алкалоидов определялось титрованием соляной кислотой в присутствии индикатора [4]. Антимикробная активность суммарной алкалоидной фракции определялась методом диффузии в агар с использованием бумажных дисков в бактериологической лаборатории филиала по г. Семей РГКП «Восточно-Казахстанский областной центр санитарно-эпидемиологической экспертизы». Использовались дис-

ки из фильтровальной бумаги, пропитанные алкалоид-содержащим спиртово-водным раствором, высушенные в асептических условиях и содержащие разные количества суммарных алкалоидов исследуемого растения.

Результаты и обсуждение

Данные по антимикробной активности алкалоидсодержащего экстракта представлены в нижеприведенной таблице 1.

Таблица №1.

Антимикробная активность алкалоидсодержащего экстракта растения *Eminium Regelii*.

Группа исследования	Кол-во общих алкалоидов в одном диске (в мг.)	Размер зоны угнетения роста микробных тест-культур (в мм)									
		Кишечная палочка		Золотистый стафилококк		Синегнойная палочка		Сальмонелла Энтеритидис		Протей Мирабилис	
		I	II	I	II	I	II	I	II	I	II
Алкалоидсодержащий экстракт	0,01	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
Алкалоидсодержащий экстракт	0,02	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1
Алкалоидсодержащий экстракт	0,05	3	3	1	1	2	2	0	1	0	0
Алкалоидсодержащий экстракт	0,1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1
Алкалоидсодержащий экстракт	0,2	0	0	2	1	3	3	3	3	3	3
Алкалоидсодержащий экстракт	0,5	0	0	3	3	3	3	3	3	3	3
Алкалоидсодержащий экстракт	1,0	0	0	1	1	4	4	2	2	4	4
Бензилпенициллин	-	2	2	24	25	2	2	4	4	5	5

Примечание:

- для пропитывания контрольных дисков применялись равные с опытными дисками объемы спирто-водного раствора;

- использовались готовые стандартные диски с бензилпенициллином российского производства, содержащие по 10 ЕД антибиотика;

- в каждой группе было по 2 повторности

При отсутствии данных в научной литературе касательно свойств растения *Eminium Regelii* в отношении как организма животных и человека, так и микроорганизмов, его алкалоидсодержащая фракция выбрана нами в качестве основного объекта исследований его биологической активности, поскольку алкалоиды растений являются наиболее совершенными среди всех растительных токсинов и обладают высокой и разносторонней биоактивностью. Как следует из вышеприведенных данных, диски с бензилпенициллином (использованного для сравнения) проявляли максимальную противомикробную активность, которая была наибольшей в отношении золотистого стафилококка. На этом фоне содержащий общую алкалоидную фракцию экстракт исследуемого растения обнаруживал, в целом, низкую антимикробную активность. Полученные данные не позволяют сделать вывод о наличии дозовой зависимости данной активности экстракта в отношении иссле-

довавшихся микроорганизмов. По-видимому, это свидетельствует об отсутствии специфичности в механизмах выявленного здесь слабо выраженного антимикробного действия алкалоидсодержащего экстракта растения рода Эминимум.

Литература:

1. Кандалова Г.Т. Большой жизненный цикл *Eminium Lehmannii* (Araceae) в Восточных Каракумах // Ботанический журнал. - 1983. № 5. С. 581-587.

2. Иващенко А.А. Сокровища растительного мира Казахстана. – Алматы: Китап. - 2007. – 127 с.

3. Fatma U. Afifi and Rana Abu-Dahab. Phytochemical screening and biological activities of *Eminium spiculatum* (Blume) Kuntze (family Araceae) // Natural Product Research. - 2012. Vol.26. - № 9. P. 878-882.

4. Государственная Фармакопея СССР. 8-е издание. - Москва.: Медгиз, 1952. С. 578 (ст. №691).

Тұжырым

EMINIUM REGELII ӨСІМДІГІНІҢ АНТИМИКРОБТЫ БЕЛСЕНДІЛІГІНІҢ ЗЕРТТЕЛУІ

Б.Х. Әбішев, Л.Қ. Жунусова, Л.Е. Чуленбаева

Қазақ инновациялық гуманитарлық-заң университеті, Семей қ.

Eminium Regelii өсімдігінің антибактериалдық белсенділігін зерттеу барысында Қазақстанның халық медицинасында туберкулезді және ревматизмді емдеуге кеңінен қолданылатындығы ағарға сіңу әдісі арқылы анықталды. Бұл өсімдік сығындысының құрамы антибактериалды белсенділіктің төмендегі көрсетті. Бұл сығындығың 0,01 ден 1,0 мг. дискінің өлшемінен жалпы алкалоид санына антибактериалды белсенділігінің тәуелділігі анықталмады.

Негізгі сөздер: *Eminium Regelii* өсімдігі, құрамында алкалоид сығындысы бар, антимикробты белсенділік, микробты тест-дақыл, туберкулез

Summary

THE MICROBICIDAL ACTIVITY RESEARCH OF THE EMINIUM REGELII (ARACEAE) PLANT EXTRACT

B. Abishev, L. Zhunusova, L. Chulabayeva

Kazakh Humanitarian-Juridical Innovative University, Semey

The investigation runs about the antimicrobe (microbicidal) activity of *Eminium Regelii* plant used by the traditional people's medicine in Kazakhstan for tuberculosis and rheumatism treatment by the standard diffusion method to an agar. This containing total alkaloids plant extract revealed the low microbicidal activity to five used test microorganisms. The extract microbicidal activity depending of the total alkaloids' amount at an examined range (from 0.01 to 1.0 mg. per one disk) was not found.

Key words: *Eminium Regelii* plant, containing alkaloids extract, microbicidal activity, test microorganisms, tuberculosis.

УДК 616.24-002.5-036.8-08

К.С. Игембаева¹, Р.С. Игембаева¹, А.Ж. Токпаева², А.Д. Аргынбекова², А. Тусупжанова³,¹Государственный медицинский университет города Семей,²Региональный противотуберкулезный диспансер, г. Семей³Студенты 6 курса, общемедицинский факультет

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПО 2 КАТЕГОРИИ

Аннотация

В данной статье приводятся результаты лечения больных туберкулезом по 2-ой категории в условиях стационара. Количественный состав представлен, преимущественно, неработающими мужчинами среднего возраста, проживающими в городе. В связи с преобладанием у больных множественной лекарственной устойчивости, распространенных двусторонних процессов с полостями распада эффективность лечения больных 2-ой категории по частоте конверсии мазка и заживлению деструктивных изменений была низкой. Смогли завершить стационарное лечение с прекращением бактериовыделения 116 (60,9%) из 193 больных, выделяющих микобактерии туберкулеза. Закрытие полостей распада к концу стационарного лечения было достигнуто у 29 (15,3%) из 190 пациентов с полостями распада.

Ключевые слова: туберкулез легких, стационарное лечение, эффективность лечения по 2 категории.

По литературным данным последних лет, по количеству больных туберкулезом Казахстан занимает 33-е место среди 212 стран мира и 4-е место в Европейском регионе и входит в число стран с высоким бременем туберкулеза. Распространенность первичной лекарственной устойчивости (ЛУ) МБТ составляет 14,2% среди впервые выявленных больных и 56,04% - среди ранее леченных больных. Лекарственная устойчивость снижает эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом приводит к росту контингентов 2-ой категории повторными случаями заболевания. (1-3)

Целью нашего исследования явилось изучение характеристики и эффективности стационарного этапа лечения больных по 2-ой категории.

Материалы и методы

Материалом исследования послужили истории болезни 260 больных туберкулезом органов дыхания пролечившихся по 2 категории в РПТД в 2007 – 2008 годах стационарно.

Результаты и их обсуждение

Химиотерапия больных 2 категории затрудняется в связи с неудовлетворительным социальным статусом больных, преобладанием распространенных хронических форм туберкулеза с высокой множественной лекарственной устойчивостью и частыми нарушениями режима лечения.

Общее количество обследованных больных – 260 человек.

Распределение по полу:

- Мужчины составили 78,1% (203 человек),

- Женщины составили 21,9% (57 человек).

Возрастной состав обследованных пациентов:

- до 30 лет составили 19,2%;

- 31-40 лет – 21,6%;

- 41-50 лет – 35,0%;

- 51-60 лет 17,3%;

- 61 и старше – 6,9%.

По возрасту преобладали лица – 41 до 50 лет, составив 35,0% (91 человек из 260).

Отмечена тенденция увеличения заболеваемости городского населения туберкулезом. Среди наших больных преобладали городские жители (68,1%) по сравнению с сельскими (31,9%).

По социальному составу:

- неработающие - 200 человек (76,9%);

- работающие - 9,6% (25);

- инвалиды составили - 6,6% (17);

- пенсионеры - 6,9% (18).

Сопутствующие заболевания выявлены у 47,7% больных.

В клинической структуре туберкулеза органов дыхания среди больных 2-ой категории:

- диссеминированный туберкулез легких составил 3,8% (10);

- очаговый – 0,8% (2);

- инфильтративный 78,5% (204);

- фиброзно - кавернозный туберкулез легких - 16,9% (44).

Среди клинических форм преобладала инфильтративная форма.

Бактериовыделение установлено у 194 (74,6%) больных.

При анализе лекарственной устойчивости установлено следующее:

- монорезистентность определена у 11,3% (22),

- полирезистентность у 21,7% (41),

- мультирезистентность у 67,5% (131).

У наших больных пролечившихся по 2 категории, преобладали распространенные процессы с поражением обоих легких – 57,7% (150), деструктивные изменения в легких определялись у 84,2% (219) больных.

Продолжительность стационарного лечения больных была следующей:

- до 3 месяцев – 110 (42,3%);

- 3-4 месяца – 61 (23,5%);

- 4-5 месяцев – 28 (10,7%);

- более 5 месяцев – 61 (23,5%).

Результаты лечения больных оценивались по частоте конверсии мазка мокроты методом микроскопии и по заживлению деструктивных изменений в легких после стационарного курса химиотерапии.

Смогли завершить стационарное лечение с прекращением бактериовыделения 116 (60,9%) из 193 больных, выделявших микобактерии туберкулеза. Закрытие полостей распада к концу стационарного лечения достигнуто у 29 (15,3%) из 190 пациентов с полостями распада.

В целом из 260 больных, взятых на наблюдение, 196 (75,4%) были выписаны из стационара с улучше-

нием состояния, 16 (6,2%) без динамики, 42 (16,1%) за нарушением режима и 6 (2,3%) больных умерли.

Заключение

Таким образом, лечение по 2-ой категории в условиях стационара получали преимущественно неработающие мужчины среднего возраста, проживающие в городе. В связи с преобладанием у больных множественной лекарственной устойчивости, распространенных двусторонних процессов с полостями распада эффективность лечения больных 2-ой категории по частоте конверсии мазка и заживлению деструктивных изменений была низкой. Смогли завершить стационарное лечение с прекращением бактериовыделения 116 (60,9%) из 193 больных, выделяющих микобактерии туберкулеза. Закрытие полостей распада к концу

стационарного лечения достигнуто у 29 (15,3%) из 190 пациентов с полостями распада.

Литература:

1. Перельман М.И. Ситуация с туберкулезом в России и выполнение Федеральной программы по борьбе с ним // Пробл. туб. - 2001. - №8. - С. 3-8.
2. Смердин С.В. Опыт работы по предупреждению преждевременного прекращения лечения больными туберкулезом в Кемеровской области // Пробл. туб. - 2008. - №3. - С. 11-14.
3. Ламова Л.А., Копылова И.Ф., Смердин С.В. и др. Принудительная госпитализация больных туберкулезом уклоняющихся от лечения // Туберкулез и болезни легких: - 2009. - №7. - С. 9-14.

Тұжырым

2-ШІ КАТЕГОРИЯ ТӘСІЛІМЕН СТАЦИОНАРДА ЕМ АЛҒАН ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІМЕН АУЫРАТЫН АДАМДАРДЫҢ ЕМІНІҢ НӘТИЖЕСІ

К.С. Игембаева¹, Р.С. Игембаева¹, А.Ж. Токпаева², А.Д. Аргынбекова², А. Тусупжанова³, Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті¹, Өңірлік туберкулезге қарсы күресетін диспансер. Семей қ., Жалпы медицина факультетінің 6 курс студенттері³

2-ші категория бойынша стационарда, орта жастағы, жұмыс істемейтін ер адамдар және қала тұрғындары алды. Олардың екі өкпелерінде туберкулезбен зақымдалған болғандықтан және олар көп дәріге төзімді өкпе туберкулезімен ауыратындықтан емнің нәтижесі төмен болды. Қақырығымен туберкулез қоздырғышын (ТҚ-н) шығаратын 193 аурудың тек 116 (60,9%) – сы ғана ТҚ-н шығаруды тоқтатты. Өкпелерінде тесік бар 190 аурудың тек 29 (15,3%) -да ғана тесік жабылды.

Негізгі сөздер: өкпе туберкулезі, ауруханада емделуі, 2-ші категориямен емдеудің нәтижесі

Summary

EFFICIENCY OF HOSPITAL TREATMENT PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS BY THE SECOND CATEGORY

K.S. Igembaeva¹, R.S. Igembaeva¹, A.Zh. Tokpayeva², A.D. Argynbekova², A. Tusupshanova³ Semey State medical university¹, Regional antituberculosis dispensary Semey city², Students 6th course, general medical faculty³

Thereby, treatment on 2-ouch categories in condition of the permanent establishment got mainly nerabatayishie men of the average age, living in city. In connection with prevalence beside sick plural medicinal stability, the wide-spread double-sided processes with cavity of the disinteration efficiency treatments sick 2-ouch categories on frequency of the conversions of the dab and healing destructivni change was low. Have Been able to terminate the stationary treatment with cessation бактериовыделения 116 (60,9%) from 193 sick, selecting micobacterii tuberculosis. Closing the cavities of the disinteration by the end of stationary treatment is reached beside 29 (15,3%) from 190 patients with cavity of the disinteration.

Ключевые слова: туберкулез легких, стационарное лечение, эффективность лечения по 2 категории.

УДК 616.993-615.036

З.К. Кабдынасырова

КГП на ПХВ «Экибастузская городская больница», г. Экибастуз

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ ПО ДАННЫМ ЭКИБАСТУЗСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Аннотация

В Павлодарской области наиболее часто встречаются виды *Salmonella enteritidis* 99,5% и *Salmonella typhimurium* 0,5%, из которых *Salmonella typhimurium* является госпитальным штаммом. Даны рекомендации для клинических врачей по использованию препаратов видоспецифической терапии как для бактерионосителей сальмонеллеза, так и для излеченных больных.

Ключевые слова: сальмонеллез, эпидемиология сальмонеллеза, видоспецифическая терапия.

Актуальность

Сальмонеллез — одна из наиболее распространенных и опасных токсикоинфекций человека, сель-

скохозяйственных, домашних и диких животных. Его возбудитель, *S. enterica*, обитает преимущественно в кишечнике, но, выделяясь с фекалиями, он контамини-

нирует почву и объекты внешней среды, через которые может передаваться животным и человеку. Однако чаще заражение сальмонеллами происходит при непосредственном контакте с источником инфекции или потреблении в пищу продуктов питания, контаминированных *S. enterica*. Согласно современной классификации *S. enterica* делится на 6 подвигов *enterica*, *salamae*, *arizonae*, *diarizonae*, *houtenae* и *indica*, которые дифференцируют по биохимической активности и обозначают цифрами I, II, IIIa, IIIb, IV и VI соответственно [11].

В условиях повсеместного распространения и многолетней тенденции к росту заболеваемости особую озабоченность вызывает низкая эффективность профилактических мер при данной инфекции, это связывают с видовым разнообразием сальмонелл, высокой их жизнеспособностью и значительной генетической пластичностью, что существенно затрудняет лабораторную диагностику и борьбу с ними. Сохраняется актуальность госпитального сальмонеллеза [1], обусловленного антибиотикорезистентными штаммами бактерий, наличием R-плазмид. Однако, в последние годы учёные все чаще высказывают предположения о существовании генетических механизмов изменения патогенности сальмонелл, которые связывают с циркуляцией между клиническими штаммами энтеробактерий - мобильных генетических элементов, в том числе «островов» патогенности, отвечающих за синтез различных факторов патогенности, что, в свою очередь, даёт микробам селективное преимущество и конкурентоспособность [3].

Одним из важных микробиологических свойств возбудителя является чувствительность к антибиотикам. Как было показано ранее, лекарственная резистентность при сальмонеллезе *Typhimurium*, носила волнообразный характер [5]. На сегодня данные о лекарственной резистентности *S. Enteritidis* в разных регионах России и за рубежом немногочисленны, противоречивы и зависят от места и времени выделения возбудителя [2, 8, 9], а данные об изменении лекарственной резистентности *S. Enteritidis* на одной территории за длительный период в литературе отсутствуют.

Ранее работами клинического отделения детей ЦНИИЭ было показано влияние лекарственной резистентности сальмонелл *Typhimurium* и шигелл на клиническое течение вызываемых ими инфекций [5]. В отношении *S. Enteritidis* в доступной литературе подобные работы единичны [8].

Несмотря на накопленный в педиатрии опыт применения энтеросорбентных препаратов в лечении ОКИ, в том числе, и сальмонеллезов [4, 8], особенности течения этой инфекции (частое поражение толстой кишки, включая геморрагические колиты, склонность к генерализации инфекционного процесса, волнообразное течение) не позволяют полностью отказаться от применения антибактериальных препаратов. Однако в литературе нет единого взгляда на эффективность разных антибиотиков при этой инфекции [6, 7]. Кроме того, в настоящее время появились сведения о снижении чувствительности к различным антибактериальным препаратам и сальмонелл *Enteritidis* [10, 12], поэтому остается актуальным поиск других антибактериальных препаратов, в том числе, препаратов «резерва» для лечения тяжелых форм болезни.

Цели: провести этиологический анализ видов сальмонеллеза встречающихся в г. Экибастуз Павлодарской области, рекомендовать видоспецифическую терапию.

Материалы и методы

Проведен эпидемиологический анализ данных Экибастузской городской больницы Павлодарской области за период с 2011 по 2013 годы. У наблюдаемых в динамике больных сальмонеллёзы (200 случаев) этиологически были обусловлены *Salmonella* гр. В *enteritidis* - встречалось в большинстве случаев, *Salmonella* гр. D *typhimurium* - около 1%.

Результаты и обсуждение.

У подавляющегося количества пациентов *Salmonella enteritidis* протекал в виде гастроинтестинальной (локализованной), протекавшей в гастритическом, гастроэнтеритическом, гастроэнтероколитическом и энтероколитическом вариантах со средней степенью тяжести. Только в одном случае *S. enteritidis* протекал в виде генерализованной формы, начинаясь с клиники солнечного удара, поражения почек, а позднее уже с диареей. Инкубационный период при пищевом пути заражения колебался от 6 ч до 8 сут (чаще 12-24 ч).

У пациентов с гастроинтестинальной формой (острый гастрит, острый гастроэнтерит или гастроэнтероколит) процесс начинался остро, повышалась температура тела (иногда до 39°C и выше), общая слабость, головная боль, озноб, тошнота, рвота, боли в эпигастриальной и пупочной областях, позднее присоединяется расстройство стула. У некоторых больных вначале отмечались лишь лихорадка и признаки общей интоксикации, а изменения со стороны желудочно-кишечного тракта присоединяются несколько позднее. Наиболее выражены они к концу первых и на вторые и третьи сутки от начала заболевания. Выраженность и длительность проявлений болезни зависело от тяжести. Длительность лихорадки составила до 4 дней, возникала повторная рвота, стул до 10 раз в сутки, длительность поноса до 7 дней; отмечались тахикардия, понижение АД, развивались обезвоживание I-II степени (у 92%), потеря жидкости до 6% массы тела. Бактериологически либо серологически подтверждался диагноз сальмонеллеза.

В наблюдаемой группе пациентов проведены следующие исследования - РПГА (реакция пассивной геммагглютинации) с сальмонеллезными диагностиками O₁ O₉ O₁₂ из мазка на дизгруппу, и кала больных пациентов. Статистические данные по чувствительности к антибиотикам: было выделено в кале больных инфекционного отделения в 99,5% *Salmonella enteritidis* и 0,5% (1 случай) *Salmonella typhimurium*. *Salmonella enteritidis* и *Salmonella typhimurium* слабо чувствительны к фурадонину (табл.1). *Salmonella typhimurium* слабо чувствителен к ампициллину в одном случае.

Всем пациентам проводилась следующая видоспецифическая терапия:

1) бактериофаг сальмонеллезный – эффективен против сальмонелл (*S.typhimurium*, *S.heidelberg*, *S.choleraesuis*, *S.Dublin*, *S. Anatum* и др.) - применялся для профилактики и лечения.

2) интести - бактериофаг жидкий - смесь стерильных фаголизатов сальмонеллезов (*S.typhimurium*, *S.choleraesuis*, *S.enteritidis*, *S. Oaerienburg*, *S.infantis*) – применялся для лечения.

3) лактоглобулин против сальмонелл коровий сухой для перорального применения - очищенная фракция глобулинов молозива иммунизированных коров, полученных методом спиртового осаждения и содержащая антитела к *S.typhimurium*, *S.enteritidis*, *S.Dublin*, *P.mirabilis*, *P.vulgaris*, *R.pneumoniae*, *P.Aeruginosa*.

Таблица 1.

Чувствительность возбудителей сальмонелл к антибиотикам.

вид сальмонелл	Чувствительны к антибиотикам						
	цефтриаксон	цефуросин	ципрофлоксацин	цефтазидин	гентамицин	ампициллин	левомицетин
Sal.enteritidis	100%	100%	57%	90%	90%	100%	100%
Sal.typhimurium	100%	100%	100%	100%	100%	слабо чувств/н в 100%	100%

Выводы

В Павлодарской области в подавляющем большинстве случаев обнаруживается Salmonella enteritidis и в редких случаях Salmonella typhimurium. Salmonella typhimurium являлась госпитальным штаммом. При соблюдении дезинфекционно-противоэпидемического режима в отделениях многопрофильных и узкопрофильных стационаров можно предотвратить распространение данного госпитального штамма. Рекомендовано применение препаратов видоспецифической терапии после консультации инфекциониста как для бактерионосителей сальмонеллёза, так и для излеченных больных.

Литература:

1. Акимкин В.Г. Нозокомиальный сальмонеллёз как самостоятельная, нозологическая форма инфекционной патологии человека Текст. /В.Г. Акимкин // Микробиология. 1998. - № 4. - С. 106-110.
2. Ахметова Л.И., Розанова С.М. Чувствительность к антимикробным препаратам штаммов шигелл и сальмонелл, выделенных в Екатеринбурге // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия,- 2000.- Т.2.- №3.- С.58-62.
3. Бондаренко, В.М. Гемолизины энтеробактерий и их связь с вирулентностью возбудителя Текст. / В.М. Бондаренко, А.В. Голубев. // Микробиология. 1988. - №11. - С. 102-109.
4. Горелов А.В., Милютин Л.Н., Усенко Д.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению ост-

рых кишечных инфекций у детей (пособие для врачей). - М., 2006. – 156с.

5. Милютин Л.Н., Рожнова С.Ш., Цешковский И.С. Клинические аспекты лекарственной резистентности сальмонелл // Эпидем. и инфекцион. бол.-1998.-№1.-С. 33-37.
6. Орехов К.В., Самойлова О.П., Голубева М.В. Реактивный панкреатит на фоне сальмонеллеза и шигеллеза у детей. // Материалы IV Конгр. педиатров-инф. России.- М., 2005.- С. 141.
7. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология, «Гэотар Медицина», М., 2008. - С.528-538.
8. Фельдман С.З. Характеристика сальмонеллеза у детей раннего возраста и клиническое значение факторов персистенции возбудителя: автореф. дисс. канд. мед наук: 14.00.10 / Оренбург 2004. - 24 с.
9. Barguelli F., Burucoa C., Amor A. et al. Eur. J. Clin. Microbiol. Infect Dis. 1995; 14: 703-706.
10. Holtby S., Tebutt G.M., Gruher E. et al. Outbreak of Salmonella enteritidis phage type 6 infection associated with food imtes provided at a buffet meal // Commun.- Dis.- Rep. - CDR. - Rev. - 1997. - Vol. 7, N6. - P. 87-90.
11. Laupland K.B., Schönheyder H.C., Kennedy K.J. et al. Salmonella enterica bacteraemia: a multinational population-based cohort study. BMC Inf Dis, 2010, 10:95.
12. Robert-Koch-Institut und Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (Hrg.): Salmonellose Erkennung, Bekämpfung, Verhütung. Merkblatt für Ärzte. Bundesgesundheitsbl. 1997; (1): 36-8.

Тұжырым

ПАВЛОДАР ОБЛЫСЫ ЕКІБАСТҰЗ ҚАЛАЛЫҚ АУРУХАНАСЫНЫҢ САЛЬМОНЕЛЛЕЗ АУРУЫ БОЙЫНША АНАЛИЗІ

З.К. Кабдынасырова

Екібастұз қаласының қалалық аурухана

Павлодар облысында жиі кездеседі Salmonella enteritidis (99,5%) және Salmonella typhimurium (0,5%), оның ішінде Salmonella typhimurium госпитальды штамм болып есептеледі. Осы тұжырым бактерия тасымалдаушы сальмонеллестік спецификалық препараттарды, науқастарды емдеу үшін арнайы терапия тағайындалды.

Негізгі сөздер: сальмонеллез, эпидемиологиялық сальмонеллез, спецификалық терапия.

Summary

ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF SALMONELLOSIS ACCORDING EKIBASTUZ CITY HOSPITAL PAVLODAR REGION

Z.K. Kabdynasyrova

City Hospital, c. Ekibastuz

In the Pavlodar region are most common types of Salmonella enteritidis (99,5%) and Salmonella typhimurium (0,5%), of which Salmonella typhimurium is the hospital strains. The recommendations for clinicians on the use of species-specific drug therapy for salmonella bacteria carriers, and for the cured patients.

Key words: salmonella, salmonella epidemiology, species-specific therapy.

УДК 616.321; 616.22; 615.838

Р.К. Дауржанова

ГККП «Городская детская поликлиника», г. Талдыкорган

ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ

Аннотация

Статья содержит результаты исследования влияния растительного препарата Тонзипрет на эффективность лечения острых заболеваний глотки и гортани у детей. Показано сокращение сроков проявления основных симптомов заболевания и времени выздоровления пациентов при включении Тонзипрета в схему лечения.

Ключевые слова: тонзиллит, фарингит, ларингит, растительные препараты.

Актуальность

Проблема респираторных заболеваний в педиатрической практике приобретает наибольшую актуальность, так как в структуре общей первичной заболеваемости детей на долю респираторных заболеваний приходится больше случаев, чем на все остальные болезни, вместе взятые. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что в среднем каждый ребенок переносит 3-5 эпизодов острых респираторных заболеваний (ОРЗ) в год. При этом на долю часто болеющих детей (ЧБД) приходится до 75% всех случаев ОРЗ у детей. По данным разных авторов, число ЧБД колеблется в детской популяции, составляя от 15% до 75% в зависимости от возраста и социальных условий. Массивная лекарственная нагрузка у ЧБД приводит к изменению реактивности организма и ослаблению формирования полноценного иммунного ответа. Именно поэтому у ЧБД целесообразно применение лекарственных препаратов природного происхождения.

Боль в горле – одна из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью. Этот симптом часто сопровождает острые инфекционные заболевания ротоглотки (тонзиллит, фарингит), а также неспецифические острые инфекции верхних дыхательных путей, или острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ). Для лечения этих пациентов в амбулаторной практике разных стран мира широко применяют антибиотики. Однако этиология острых инфекционных заболеваний ротоглотки в большинстве случаев вирусная, поэтому антибиотикотерапия оказывается малоэффективной и лишь приводит к формированию антибиотикорезистентности. В связи с этим во многих странах приняты рекомендации, в которых подчеркивается важность отказа от применения антибактериальных средств у взрослых и детей с неосложненными острыми инфекциями верхних дыхательных путей.

При острых инфекционных заболеваниях горла приоритетными целями терапии являются смягчение болевых ощущений и устранение затруднения при глотании. Это особенно важно при лечении детей: при

выраженной боли в горле дети часто отказываются от приема пищи, что приводит к еще большему ослаблению организма и увеличивает длительность заболевания.

При выборе медикаментозной терапии для пациентов детского возраста наряду с эффективностью важным критерием является безопасность препарата. При лечении детей раннего возраста препараты должны также обладать хорошей переносимостью и приятными органолептическими свойствами.

В связи с указанными выше факторами для эффективной и безопасной терапии при данных состояниях может использоваться растительный препарат Тонзипрет (Бионорика СЕ, Германия). Тонзипрет – это комбинированное лекарственное средство, в состав которого входят активные вещества, полученные из трех растений: перца лекарственного, гваякового дерева и лаконоса американского. Компоненты препарата оказывают болеутоляющее, противовоспалительное и иммуностимулирующее действия.

Цель исследования: Оценить терапевтическую эффективность растительного препарата Тонзипрет при лечении острых заболеваний глотки и гортани.

Методы исследования: фарингоскопия, ларингоскопия.

Объект исследования: 112 больных детей в возрасте от 1 года до 15 лет с диагнозами: острый фарингит, тонзиллит, ларингит. Наблюдение и лечение детей проводилось в амбулаторных условиях с сентября 2012 г. по апрель 2013 г. Основным критерием включения в исследование было наличие у пациента такого симптома, как затруднение (боль) при глотании в течение не более 2 дней и по поводу которого пациент не получал лечения. Все обследуемые были разделены на 2 группы по 56 детей. Контрольная группа получала стандартное лечение: полоскание горла, ингаляции, отвлекающая терапия, физиолечение. Основная группа получала в дополнение к стандартному лечению препарат Тонзипрет согласно возрастной дозировке (таблица 1).

Таблица 1.

Дозировка и способ применения Тонзипрет.

Возраст	Острое заболевание	Хроническое заболевание
1-6 лет	По 1 таблетке не более 6 раз в сутки	По 1 таблетке 1-2 раза в сутки
6-12 лет	По 1 таблетке не более 8 раз в сутки	По 1 таблетке 2 раза в сутки
Старше 12 лет	По 1 таблетке не более 12 раз в день	По 1 таблетке 1-3 раза в сутки

Результаты исследования и обсуждение. При назначении препарата Тонзипрет в основной группе

больных уже через 2-3 дня значительно улучшилось общее состояние и самочувствие больных. В среднем

через 2-3 дня значительно смягчились такие симптомы, как затрудненность при глотании и боль в горле (таблица 2). При объективном осмотре уменьшилось

отечность миндалин, гиперемия слизистой оболочки глотки, уменьшилась болезненность шейных и подчелюстных лимфоузлов.

Таблица 2.

Продолжительность и тяжесть заболевания.

Показатель	Основная группа (n=56)	Контрольная группа (n=56)
Обращение к врачу после начала заболевания	2	2
Нормализация общего состояния (день)	2-3	3-4
Уменьшение и/или исчезновение местных симптомов (день)	2-3	4-5
Выздоровление (день)	6	8
Наличие осложнений (%)	0	25

Это можно объяснить иммуномодулирующими свойствами препарата, в частности одного из компонентов – фитолаки (лаконоса американского). Установлено, что экстракт этого растения стимулирует В- и Т-лимфоциты, оказывает противовирусное действие и индуцирует выработку гамма-интерферона.

При исследовании 4 пациентов отмечали легкое ощущение жжения на языке. Ощущение жжения объясняется наличием в составе препарата стручкового перца, который раздражает сосочки языка. Но именно этот компонент обуславливает аналгетический эффект препарата и способствует уменьшению выраженности затруднений при глотании. Перец содержит алкалоид капсаицин, который сначала способствует выбросу медиатора боли – субстанции P, затем препятствует ее обратному захвату. Это приводит к истощению субстанции P и, как следствие, передается меньше болевых раздражителей, в результате чего обеспечивается локальный обезболивающий эффект. Перец стручковый оказывает также противовоспалительное действие, что приводит к снижению местных симптомов – покраснения и отека в области глотки. Древесина гваякового дерева содержит смолы, эфирные масла и сапонины, оказывающие терапевтический эффект при воспалении миндалин и глотки.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют об терапевтической эффективности препарата Тонзипрет, что отразилось в сокращении времени как выраженности локальных и общих симптомов, так и сроков выздоровления (в среднем на 1-2 дня по сравнению с контролем).

Выводы

Учитывая подтвержденную эффективность и безопасность, а также иммуномодулирующие, болеутоляющие и противовоспалительные свойства, лекарственный препарат растительного происхождения Тонзипрет может быть рекомендован в качестве препарата выбора при терапии острых заболеваний глотки и гортани у детей от одного года.

Тұжырым

БАЛАЛАРДА КЕЗДЕСЕТІН ТАМАҚ ЖӘНЕ ЖҰТҚЫНШАҚ АУРУЛАРЫН ЕМДЕУ

Р.К. Даиржанова

Қалалық балалар емханасы, Талдықорған қаласы

Мақалада өсімдік негізінде жасалған дәрі Тонзипреттің балалар көмейінің және жұтқыншағының өткір қабыну кезінде қолданғандағы шипалық ықпалының зерттеу нәтижелері жазылған. Тонзипретті емдеу схемасында қолданған жағдайда, аурудың негізгі белгілерінің болу мерзімі және емделушілердің сауығу уақытының қысқаруы айқын көрсетілген.

Негізгі сөздер: бадамша безінің қабынуы (тонзиллит), жұтқыншақтың қабынуы (фарингит), көмейдің қабынуы (ларингит), өсімдік негізінде жасалған дәрі.

Summar

TREATMENT OF ACUTE DISEASES OF THE PHARYNX AND LARYNX IN CHILDREN

R. Dairzhanova

Municipal Child Clinic, Taldykorgan

The article presents the results of investigation of the influence herbal preparation Tonsipret on the effectiveness of the treatment of acute diseases of the pharynx and larynx in children. It has been shown that adding Tonsipret to the treatment regimen provide a reduction of timing of the main symptoms of the disease and time of patient recovery.

Key words: tonsillitis, pharyngitis, laryngitis, herbal preparations.

УДК 616.211+ 615.838

Р. К. Даиржанова

ГККП «Городская детская поликлиника», г. Талдыкорган

ЛЕЧЕНИЕ РИНОСИНУСИТОВ У ДЕТЕЙ

Аннотация

Статья содержит результаты исследования влияния растительного препарата Синупрет на эффективность лечения риносинуситов у детей. Показано сокращение сроков проявления основных симптомов заболевания и времени выздоровления пациентов при включении Синупрета в схему лечения.

Ключевые слова: риносинусит, дети, растительные препараты

Актуальность. Дети часто подвержены респираторным заболеваниям. Повторные респираторные инфекции способствуют формированию у детей отитов, риносинуситов, тонзиллофарингитов. Ведущей причиной острых риносинуситов у детей является инфекция и аллергия. Нарушение иммунной системы ребенка, в том числе аллергия, могут не только предрасполагать к развитию острых риносинуситов, но и модифицировать его течение. По типу инфекционного агента выделяют вирусные и бактериальные риносинуситы. Часто на вирусную инфекцию накладывается бактериальная, т.к. респираторно-вирусная инфекция не только вызывает отек и инфильтрацию слизистой оболочки полости носа и, соответственно, обструкцию выводящих отверстий синусов, но и, нарушая функцию мерцательного эпителия, ухудшает эвакуацию содержимого пазух, создавая тем самым благоприятные условия для развития бактериальной суперинфекции.

Важнейшими целями терапии острого риносинусита являются восстановление дренажа и вентиляции околоносовых пазух, для чего необходимы препараты, обладающие противовоспалительным и секретолитическим эффектами. Секретолитическое действие и устранение отека при воспалении слизистых оболочек - основные патофизиологические аспекты терапии острого риносинусита, позволяющие смягчить симптомы, предотвратить развитие осложнений и переход заболевания в хроническую форму. В связи с этим представляет интерес опыт применения при риносинусите растительного лекарственного препарата Синупрет (Бионорика SE, Германия) с комбинированным действующим веществом BNO 101, получаемым из травы вербены и щавеля, корня горечавки, цветков бузины и первоцвета, который обладает противовоспалительным, секретолитическим, противовирусным и иммуностимулирующим эффектами.

Цель исследования. Оценить терапевтическую эффективность растительного препарата Синупрет при лечении риносинуситов у детей.

Методы исследования: передняя и задняя риноскопия; фарингоскопия; рентгенография придаточных пазух носа; эндоскопическая риноскопия; клинический анализ крови; бактериологическое исследование мазков из носа.

Объект исследования: больные дети с острым риносинуситом в возрасте от 2 до 15 лет, проходивших амбулаторное лечение в ГККП «Городская детская поликлиника» (г. Талдыкорган) с января 2012 г. по январь 2013 г.

Диагноз основывался на данных жалоб, анамнеза, объективного, клинико-лабораторного и рентгенологического обследования.

При исследовании под наблюдением находились 2 группы больных детей с риносинуситом. Контрольная

группа (180 детей) получала стандартное лечение: промывание гайморовых пазух методом перемещения, местное лечение с применением сосудосуживающих назальных капель, антибиотикотерапию, физиотерапию. Основная группа (всего 886 детей, из них детей с 2 до 6 лет - 119 детей, с 6 до 12 лет - 393 детей, с 12 до 15 лет - 374 детей) получала в дополнение к стандартному лечению перорально сироп или капли Синупрет в соответствии с возрастной дозировкой: детям от 2 до 6 лет - сироп по 2,1 мл 3 раза в день; с 6 до 12 лет - сироп по 3,5 мл 3 раза в день или по 25 капель 3 раза в день; с 12 до 15 лет - по 50 капель 3 раза в день.

Результаты исследования и обсуждение

В контрольной группе больных на 5 - 6 день заболевания отмечалось улучшение самочувствия, уменьшилось количество носового секрета при передней риноскопии и отек носовых раковин. На 9 - 10 день лечения наступило выздоровление.

При назначении перорально Синупрет в основной группе больных в среднем уже на 3 день лечения отмечалось улучшение самочувствия, снизилось интенсивность головной боли, уменьшилось количество носового секрета при передней риноскопии и отек носовых раковин и улучшилось носовое дыхание. На 6-7 день лечения отмечалось выздоровление. Подобные изменения объясняются тем, что Синупрет купирует воспаление и отек слизистой полости носа и разжижает вязкий назальный секрет и способствует оттоку вязкого экссудата из придаточных пазух носа, а также нормализует защитную функцию эпителия дыхательных путей. Благодаря секретолитическому эффекту происходит физиологическое разжижение носовой слизи и поддерживается мукоцилиарный клиренс. За счет противовоспалительной активности препарат обеспечивает уменьшение отека слизистой оболочки, вызванного воспалением.

Основная группа больных на 37% реже повторно обращались к ЛОР - врачу, чем контрольная группа больных. Из этого следует, что Синупрет обладает не только противовоспалительным, но и иммуностимулирующим эффектом.

Вывод. Данное исследование показало, что при комплексном лечении риносинуситов Синупретом наблюдается достаточно быстрое купирование симптомов заболевания, тем самым сокращаются сроки лечения. Учитывая данные наблюдения, установлена эффективность применения Синупрета в лечении риносинуситов у детей. Его высокая эффективность и безопасность подтверждены многочисленными клиническими исследованиями и практическим опытом применения, а высокий профиль безопасности позволяет назначать Синупрет детям, в том числе с 2-х лет жизни.

Тұжырым
БАЛАЛАРДА КЕЗДЕСЕТІН РИНОСИНУСИТТИ ЕМДЕУ
Р. К. Дауржанова

Қалалық балалар емханасы, Талдықорған қ.

Мақалада өсімдік негізінде жасалған дәрі Синупреттің балалар риносинусит кезінде қолданғандағы шипалық ықпалының зерттеу нәтижелері жазылған. Синупретті емдеу схемасында қолданған жағдайда, аурудың негізгі белгілерінің болу мерзімі және емделушілердің сауығу уақытының қысқаруы айқын көрсетілген.

Негізгі сөздер: ринсинусит, өсімдік негізінде жасалған дәрі.

Summary
TREATMENT OF ACUTE DISEASES RHINOSINUSITIS IN CHILDREN
R. Dairzhanova
Municipal Child Clinic, Taldykorgan

The article presents the results of investigation of the influence herbal preparation Sinupret on the effectiveness of the treatment of acute rhinosinusitis in children. It has been shown that adding Sinupret to the treatment regimen provide a reduction of timing of the main symptoms of the disease and time of patient recovery.

Key words: rhinosinusitis, herbal preparations.

УДК: 616.12-008.331.1:616.379-008.64

Ш.М. Юсупова

КГКП «Станция скорой неотложной медицинской помощи», г. Семей

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРЕПАРАТОМ ЛОЗАРТАН

Аннотация

В статье представлены результаты исследования эффективности и переносимости лозартана у больных с артериальной гипертензией (АГ). В исследование были включены 30 больных АГ. Средний возраст больных составил $61,2 \pm 1,3$ лет, мужского и женского пола, продолжительность заболевания – $18,4 \pm 1,3$ года. 30 больных с АГ принимали высокоселективный блокатор АТ1-рецепторов – лозартан в дозе 50 мг/сутки однократно. Пациенты второй группы принимали в качестве гипотензивного препарата диротон в дозе 10 мг в сутки. Лозартан оказывает антигипертензивное действие в течение первых 2 недель, с последующей стабилизацией АД - 4 недели. Лозартан обладает выраженным антигипертензивным, кардиопротективным эффектами.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, лозартан, антигипертензивное действие.

Артериальная гипертония (АГ) до сих пор остается актуальной проблемой в Казахстане. По последним статистическим данным 30% взрослого населения страдают АГ. Более того, с годами увеличивается количество, страдающих АГ. Артериальная гипертензия - основной фактор развития инсульта и инфаркта миокарда [1,2,5]. В арсенале современного врача имеется большое количество лекарственных средств для лечения АГ [3-5]. Выбор препарата при АГ определяется многими факторами: сопутствующими осложнениями, неэффективностью препаратов других групп, абсолютные и относительные противопоказания в применении данного препарата [5,6].

Целью исследования явилось изучение эффективности и переносимости лозартана у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы исследования:

В исследование были включены 30 больных артериальной гипертонией с высоким риском развития сердечно - сосудистых осложнений. Диагноз артериальной гипертонии был выставлен на основании тщательного клинического и инструментально-лабораторного обследования.

Средний возраст больных составил $61,2 \pm 1,3$ лет, мужского и женского пола, продолжительность заболевания – $18,4 \pm 1,3$ года. За неделю до обследования были отменены все ранее применявшиеся препараты.

В процессе исследования были использованы критерии отбора и письменное согласие больных. 30 больных с АГ принимали высокоселективный блокатор АТ1-рецепторов – лозартан в дозе 50 мг/сутки однократно.

Во вторую группу в исследование были включены 30 больных АГ с высокими факторами риска. Средний возраст, состав группы был аналогичен первой группе. Пациенты второй группы принимали в качестве гипотензивного препарата диротон в дозе 10 мг в сутки.

Пациентам проводились ЭКГ в 12 общепринятых стандартных отведениях. У всех исследуемых до начала лечения оценивались следующие показатели: исходная частота сердечных сокращений (ЧСС); систолическое артериальное давление (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД).

Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводилось с помощью аппарата BPLab® (Россия) с последующей компьютерной обработкой данных.

Переносимость препарата регистрировалась как хорошая при отсутствии побочных эффектов, удовлетворительная - при наличии побочных явлений, переходящих, не требовавших отмены препарата, неудовлетворительная - при возникновении побочных явлений, потребовавших отмены препарата.

Сроки исследования: 2 недели, 4 недели от начала терапии.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась методами вариационной статистики с вычислением для каждого показателя средней величины (M), ошибки средней (m) и критерия t-Стьюдента с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel 2003.

Результаты исследования и обсуждение:

У исследуемых больных основными жалобами были: головные боли (96%), боли в области сердца на фоне повышения АД более 180/90 мм рт.ст. (50%), расстройство сна (52%), слабость и утомляемость (88%). При проведении терапии лозартаном отмечалось статистически достоверное улучшение клинического состояния больных.

По данным ЭКГ исходно у 92% пациентов отмечалась гипертрофия левого желудочка, признаки систолической перегрузки - у 38 % больных.

Как показали результаты проведенного нами исследования, у больных АГ пожилого возраста через 2 недели лечения лозартаном выявлено статистически достоверное снижение систолического артериального давления с $180 \pm 2,0$ мм рт. ст. до $126,1 \pm 1,9$ мм рт. ст., диастолического артериального давления с $110,1 \pm 2,3$ мм рт. ст. до $86,5 \pm 2,7$ мм рт. ст. ($p < 0,05$).

По результатам опроса об изменении самочувствия на фоне лечения лозартаном были получены следующие результаты: переносимость препарата регистрировалась как хорошая у 29 больных (98%), удовлетворительная – у 1 больного (3,3%).

По окончании периода наблюдения (через 4 недели лечения) по ЭКГ-данным признаки систолической перегрузки левого желудочка наблюдались у 8 больных.

В таблице 1 представлена динамика АД и ЧСС до лечения и после лечения лозартаном.

Таблица 1.

Динамика АД и ЧСС у больных АГ пожилого возраста при лечении лозартаном.

Показатель	Исходно	После лечения	4 недели
САД, мм.рт.ст.	$180 \pm 2,0$	$126,1 \pm 1,9^*$	$122,5 \pm 2,1^*$
ДАД, мм.рт.ст.	$110,1 \pm 2,3$	$86,5 \pm 2,7^*$	$81,4 \pm 2,2^*$
ЧСС, в мин.	$75,2 \pm 1,3$	$72,6 \pm 1,9$	$72,4 \pm 1,5$

Примечание: * - $p < 0,05$ в сравнении с исходными данными

Как видно из представленных данных в таблице 1, лозартан оказывает антигипертензивное действие в течение первых 2 недель, с последующей стабилизацией АД - 4 недели. Нарушений ритма, синусовой тахикардии на фоне проводимой терапии не отмечалось.

Побочные реакции при лечении лозартаном наблюдались у 2 больных, имели не выраженный характер, через неделю прошли, отмены препарата не требовалось. Среди побочных эффектов отмечалась умеренная головная боль.

Результаты показателей СМАД, проведенного через 4 недели от начала лечения лозартаном, свидетельствуют о достоверной нормализации и стабилизации уровней САД и ДАД у больных пожилого возраста.

Проведенное нами исследование подтверждает кардиопротективное действие лозартана. Лозартан способствует достоверному снижению скорости утреннего подъема уровня САД и ДАД у пожилых пациентов.

Во второй группе также отмечалось снижение артериального давления, но в меньшей степени. При этом было отмечено у 35% больных побочное действие препарата - сухой кашель.

Таким образом, лозартан является эффективным и безопасным лекарственным средством у больных с АГ пожилого возраста, соответствует требованиям, предъявляемым к современным антигипертензивным препаратам.

Выводы:

Лозартан обладает выраженным антигипертензивным, кардиопротективным эффектами, хорошо переносится больными, имеет удобный однократный ре-

жим приема, что определяет хорошую приверженность больных пожилого возраста к лечению.

Литература:

1. Mancia G., de Backer G., Dominiczak A. Et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and European Society of Cardiology (ESC) // *Eur. Heart J.* – 2007. - 28. - P. 1462-1536.

3. Dahlov B., Devereux R., Kjeldsen S. et al. Cardiovascular morbidity- Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomized trial against atenolol // *Lancet.* - 2002. - 359 (9311). - P.995-1003.

3. Julius S., Kjeldsen S., Weber M. et al. Outcomes in hypertensive patients at high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan or amlodipine: the VALUE randomized trial // *Lancet.* - 2008. - 363 (9426). - P. 2022-2031.

4. Lithell H., Hansson L., Skoog I. et al. The Study on Cognition and Prognosis in the Elderly (SCOPE): principal results of a randomized double-blind intervention trial // *J. Hypertension.* - 2009. - 21 (5). - P. 875-886.

5. Schrader J., Lodgers S., Kulschewski A. et al. Morbidity and Mortality After Stroke, Eprosartan Compared with Nitrendipine for Secondary Prevention: principal results of a prospective randomized controlled study (MOSES) // *Stroke.* - 2005. - 36 (6). - P. 1218-1226.

6. Сидоренко Б.А, Преображенский Д.В. Блокаторы AT1 – ангиотензиновых рецепторов. М., 2010. - 250с.

Тұжырым
АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯНЫҢ ЕМДЕУІ ЛОЗАРТАН ПРЕПАРАТПЕН
Ш.М. Юсупова

Лозартан препараты тиімді және қауіпсіз дәрілік зат. Егде жастың артериялық гипертензия ауруларына пайдалы препарат болып табылады. Талаптарға сәйкес. Қазіргі артериялық гипертензия ауруына қарсы препарат.

Негізгі сөздер: Лозартан, артериялық гипертензия.

Summary
LOSARTAN TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION
Sh. Yusupova

Losartan is by effective and safe medication for patients with AG of superannuated, conforms to the requirements, to produced to modern antigipertenzivnym preparations.

Key words: Losartan, arterial hypertension.

УДК 616.8-08-039.76:362.121

Б.К. Кабиева

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей

АКТОВЕГИН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Аннотация

Церебральный ишемический инсульт имеет чрезвычайную медицинскую и социальную значимость в связи со значительной частотой его развития, высоким процентом инвалидизации и смертности. В данной работе изучена эффективность Актовегина у 19 пациентов с ишемическим инсультом. Препарат вводили в дозе 1000,0 мг внутривенно 2 раза в день в течение 14 дней. В результате лечения Актовегином отмечено улучшение двигательных в паретичных конечностях, отмечено значительное снижение чувствительности, улучшение координации, нормализация сознания и жизненно важных функций.

Ключевые слова: ишемический инсульт, метаболизм мозга, Актовегин.

Проблема церебрального ишемического инсульта сохраняет чрезвычайную медицинскую и социальную значимость в связи со значительной частотой его развития, высоким процентом инвалидизации и смертности, стойкой тенденцией к «омоложению» контингента больных.

Цель: Оценка клинической эффективности и переносимости Актовегина при лечении ишемического инсульта в остром периоде.

При оказании медицинской помощи пациентам, перенесшим инсульт, вне зависимости от его вида существует ряд терапевтических задач:

1) восстановление структуры и функций мозга после инсульта;

2) восстановление сосудистого русла в участке мозга с нарушенным кровообращением (зона инсульта).

Патогенетическое лечение ишемического инсульта в остром периоде включает нейропротективную терапию. Нейропротекция, или метаболическая защита мозга, используется для лечения ишемического инсульта как на догоспитальном - при появлении первых симптомов заболевания, так и на госпитальном этапе. Реальную доказательную базу имеют очень немногие препараты, обладающие нейропротективным действием. С этой точки зрения несомненный интерес представляют данные об использовании Актовегина.

Методы и материалы: Обследованы 19 пациентов с ишемическим инсультом, находившиеся на стационарном лечении в БСМП. Диагноз ишемического инсульта устанавливался на основании жалоб, данных анамнеза, объективного исследования. Фиксировался анамнез, включая возраст, продолжительность, факторы риска инсульта, ишемическая болезнь сердца. Для определения этиологии инсульта брались коагуляцион-

ные пробы, проводилась ЭКГ. Всем пациентам проводилось МРТ/КТ исследование в динамике: в 1-2 сутки после развития инсульта. Оценивались степень нарушения сознания, жизнедеятельности по шкале Ренкина, ответы на вопросы, выполнение инструкций, функция черепно-мозговой иннервации, степень двигательных, координаторных и чувствительных нарушений.

Все пациенты получали Актовегин в дозе 1000 мг внутривенно капельно 2 раза в сутки на 200,0 физиологического раствора в течение 14 дней. Эффективность проводимой терапии оценивалась на основании динамики неврологического статуса пациентов. Результаты исследования заносились в индивидуальный протокол пациента.

Из 19 пациентов мужчин было 11 (58%), женщин - 8 (42%). Средний возраст - 62,7 года. Артериальная гипертензия отмечена у 19 пациентов, ишемическая болезнь сердца - у 9.

У 7 (36,8%) пациентов выявлялся инфаркт в бассейне правой средней мозговой артерии, у 8 (42,1%) пациентов в бассейне левой средней мозговой артерии, у 4 (21,1%) в вертебрально-базиллярном бассейне.

При неврологическом осмотре выявлялись нарушения чувствительности - 16 (84,2%), парезы - у 15 пациентов (78,9%), атаксия - у 19 пациентов (100%), речевые расстройства - у 16 пациентов (84,2%): (13 - дизартрия, 3 - моторная афазия), нарушение сознания - у 6 пациентов (31,6 %), функции жизненно важных органов - у 17 пациентов (89,5%). У 18 пациентов (94,7%) выявлялись признаки поражения черепно-мозговых нервов (у 3- глазо-двигательного нерва и 15 - лицевого нерва).

Результаты и обсуждение: В результате введения Актовегина у 5 пациентов сознание полностью восста-

новилось к 2-3 дню и у 1 пациента к 12 дню, хотя восстановление сознания у него произошло на 3 день до степени оглушения; 13 (72,2%) пациентов отвечали не правильно на один или два вопроса - 5 (27,8%); 5 пациентов, не правильно отвечающие на два вопроса, на 2-4 день стали правильно отвечать на один вопрос двое из них отвечали на два вопроса к 3 дню; трое – к 7-10 дню; 8 пациентов, отвечающие не правильно на один вопрос через 2-5 дней отвечали на все вопросы правильно; 7 пациентов (36,8%) затруднились при выполнении инструкции, соответственно две инструкции - 2 пациентов, 5 пациентов - одну инструкцию. К 2-4 дню два пациента стали выполнять одну инструкцию, выполнение двух инструкции происходило к 4-10 дню; 5 пациентов выполняли все инструкции к 2 и 7 дню. У 2 пациентов паралич зрения полностью регрессировал на 2-4 день, у одного пациента к 14 дню оставался частичный парез зрения. При выраженном и умеренном парезе лицевой мускулатуры (15 пациентов - 79 %) улучшение происходило на 9-11 день. Уменьшение двигательных нарушений наступало на 3-5 день. У 8 (53,3 %) пациентов из 15 к 11-12 дню сила в руке восстановилась, в ноге сила восстановилась у 7(46,6%) пациентов к 4-7 дню.

Чувствительные нарушения постепенно уменьшались и у 9 (56%) пациентов к 7-9 дню чувствительные нарушения регрессировали полностью у 7(44 %) пациентов гемипарез оставалась, но степень ее значительно снизилась. Атаксия выявлялась у 19 пациентов: у 15 (79%) пациентов в обеих конечностях и 4 либо в руке, либо в ноге. 7 (31%) пациентов выписаны с расстройствами координации и у 13 (68,4%) пациентов нарушения координации регрессировали полностью.

Речевые нарушения зарегистрированы у 13 пациентов (68,4%), причем дизартрия у 13, афазия у 3 пациентов. У 6 пациентов речь не изменилась. У 11 пациентов (84,6%) речь восстановилась полностью на 5-10 день, у 2 пациентов (15,4%) дизартрия уменьшилась. Из 3 больных с моторной афазией речь восстановилась только у 1 пациентки и у 2 наблюдалась афазия.

Грубые нарушения жизнедеятельности наблюдались у 3 (17,7%) пациентов, выраженные – у 8 (47%), умеренные – у 4(23,5%), легкие – у 2 (11,8%). У 2 больных с грубыми нарушениями жизнедеятельности на 3 день восстановилась функция тазовых органов, к 7-12 дню пациенты ходили без посторонней помощи. 6 пациентов с выраженными нарушениями жизнедеятельности к 2-4 дню не требовали постоянной помощи медицинского персонала и, могли ходить без посторонней по-

мощи. К 6 дню все пациенты справлялись с посторонними делами без посторонней помощи. К 9 -10 дню 3 из 8 больных были способны выполнять все повседневные обязанности. В группе пациентов (4) с умеренными нарушениями жизнедеятельности в момент поступления к 3 дню и 1 пациент к 9 дню могли самостоятельно справляться со своими делами, и им требовалась незначительная помощь. К 5-11 дню трое пациентов из этой группы не требовали помощь медицинского персонала.

Таким образом, Актовегин при введении 2000,0 г/сутки в течение 7-10 дней положительно влияет на регресс очаговой неврологической симптоматики. Нормализация сознания наступает на 2-3 сутки. Регресс двигательных нарушений наступает с 3-5 дня и достигает максимума к 11-12 дню. При оценке неврологического статуса наблюдалось уменьшение асимметрии лица и выраженности пареза. Мышечная сила имела тенденцию к увеличению у пациентов с 1 до 4 баллов через 2-4 дней. Уменьшение расстройств координации наступало на первой неделе, а полный их регресс наблюдался к 9 -12 дню. 7-10 дню все пациенты полностью отвечали на все вопросы. Команды пациенты выполняли на 2-7 день. Наибольший эффект от введения препарата получен у больных с легкими и умеренными нарушениями жизнедеятельности. Из 19 пациентов 8 (42%) к 12 дню не нуждались в посторонней помощи и могли обслуживать себя самостоятельно.

Выводы. Актовегин оказывает влияние на регресс неврологических симптомов в первые дни лечения ишемического инсульта. Высокая эффективность Актовегина в сочетании с благоприятным профилем переносимости и безопасности обуславливает целесообразность его применения для лечения больных с ишемическим инсультом, что обуславливает восстановление неврологических функций, повышает качество жизни пациентов и способствует поддержанию их социальной независимости.

Литература:

1. Виничук С.М. Новые аспекты нейропротекции в острый период ишемического инсульта. Практическая ангиология №4 (33). – 2010. – С. 31 -38.
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. – М.: 2001. – 586 с.
3. Федин А.И. Оксидантный стресс и применение антиоксидантов в неврологии. Атмосфера. Нервные болезни. – 2002. – 1. – 15-18.

Тұжырым

ИШЕМИЯ ИНСУЛЬТИН (ҚАННЫҢ АЗАҒЫНАН БОЛҒАН МИДЫҢ ҚАН АЙНАЛЫМЫНЫҢ БҰЗЫЛУЫ) АКТОВЕГИН ДӘРСІМЕН ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ

Б.К. Кабиева

Инсульт - маңызды медико-эпидемиологиялық жағдайлардың бірі және өлім себебі, сонымен қатар науқастарды мүгедектікке әкелуші себеп болып табылады. Науқас тірі қалған жағдайда да, олардың жартысында тұрмыстық тәуелсіздік қайтадан қалыптаспайды. Инсульттің маңызды және жиі көріністерінің бірі өмір сапасын айтарлықтай төмендететін қимыл қызметінің бұзылысы. Қимыл қызметінің бұзылысы бар 19 науқасқа Актовегиннің әсері зерттелді. Дәрі 1000,0 мг мөлшерінде күретамырға тәулігіне 2 рет енгізілді, бағам 14 күн қолданылды. Олар 8 әйел және 11 ер адам. Актовегинмен емдеу кезінде салданған аяқ-қолдар қызметінің жақсаруы және афатикалық бұзылыстардың азаюы байқалды.

Негізгі сөздер: ишемиялық инсульт, бас миындағы зат алмасу, Актовегин.

Summary

AKTOVEGIN IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE

B.K. Kabieva

Stroke - one of the most important health care - social problems and causes of death, and is often caused by disability. The study of the effectiveness Aktovegin 19 patients with ischemic stroke. The drug was administered at a dose of 1000.0 mg intravenously 2 times a day for 14 days. There were 11 men and 8 women. The treatment showed improvement with Aktovegin movements in the paretic limbs, a significant decrease in sensitivity, loss of coordination, normalization of consciousness and vital functions.

Key words: *ischemic stroke, brain metabolism, Aktovegin.*

УДК 612.68

Н.К. Аканов¹, Л.К. Жазыкбаева²Поликлиника смешанного типа №2, г. Семей¹,
Госпиталь УВД ДВД ВКО, г. Семей²СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ КАК ПРЕДПОСЫЛКА
ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА

Аннотация

В статье рассматривается современное состояние демографических, экономических проблем и значение социально-экономического развития в формировании здоровья населения региона. В качестве целей социально-экономического развития региона используются такие, как увеличение доходов, улучшение образования, питания и здравоохранения, снижение уровня нищеты, оздоровление окружающей среды, равенство возможностей, расширение личной свободы, обогащение культурной жизни.

Ключевые слова: качество жизни, здоровье населения, ожидаемая продолжительность жизни.

Современный подход к оценке общественного развития базируется на комплексном восприятии таких ее элементов, как экономика, социальная сфера, популяция. Это многоаспектный процесс, который обычно рассматривается с точки зрения совокупности различных социальных и экономических целей.

В настоящее время основной целью экономического развития является улучшение качества жизни и здоровья населения. Поэтому процесс социально-экономического развития включает в себя три важнейшие составляющие:

1) повышение доходов, улучшение здоровья населения и повышение уровня его образования;

2) создание условий, способствующих росту самоуважения людей в результате формирования социальной, политической, экономической и институциональной системы, ориентированной на уважение человеческого достоинства;

3) увеличение степени свободы людей, в том числе их экономической свободы.

Последние две составляющие качества жизни не всегда учитываются при оценке степени социально-экономического развития, однако в последнее время в экономической науке им придается большое значение.

В качестве целей социально-экономического развития региона используются такие, как увеличение доходов, улучшение образования, питания и здравоохранения, снижение уровня нищеты, оздоровление окружающей среды, равенство возможностей, расширение личной свободы, обогащение культурной жизни.

Соответственно целям развития региона строится система критериев, которые измеряют эти показатели. Одним из таких показателей является индекс развития человека (ИРЧ), разработанный в рамках Программы развития ООН. Данный показатель ранжирует страны по восходящей от 0 до 1. При этом для расчета используются три показателя экономического развития:

1) ожидаемая продолжительность жизни при рождении;

2) интеллектуальный потенциал (грамотность взрослого населения и средняя продолжительность обучения);

3) величина душевого дохода с учетом покупательной способности валюты и снижения предельной полезности доходов.

ИРЧ определяется как средняя арифметическая трех указанных показателей. Индекс каждого показателя рассчитывается по формуле: $X_i - X_i \min$, где $X_i \max - X_i \min$, где X_i – фактическое значение i показателя;

$X_i \max$ и $X_i \min$ – соответственно минимальное и максимальное значение i -го показателя.

Человеческое развитие было определено во всемирных докладах о человеческом развитии ПРООН как процесс обеспечения людей более широким выбором во всех аспектах человеческой жизни, главным из которых являются возможность прожить долгую и здоровую жизнь, приобрести знания и иметь доступ к ресурсам, необходимым для достойного уровня жизни. Самые высокие показатели ИЧР - более 0,8 имеют города Астана и Алматы, средний уровень - в Актыбинской и Мангистауской областях по сравнению с другими областями.

Вместе с тем качество жизни во многом определяет динамикой уровня жизни и показателем «жизнеспособности» (по терминологии ЮНЕСКО – ВОЗ) в зависимости от социально-экономической ситуации в той или иной стране. Коэффициент жизнеспособности измеряется по пяти бальной шкале – он характеризует возможность сохранения генофонда, физиологического и интеллектуального развития нации [1].

Согласно исследованиям ЮНЕСКО - ВОЗ стран с пятью баллами нет. Казахстан входит в группу государств (страны Балтии, России, Китай, КНДР, Ирак, Бразилия, Аргентина, Турция и др.), которые имеют два балла. Республика Казахстан при условии реализации Стратегии территориального развития до 2015 года имеет возможность перейти в трехбалльную группу и встать в один ряд с европейскими государствами и США.

Целесообразно выделять долгосрочные и краткосрочные цели и соответствующие им критерии экономического развития страны. Среди долгосрочных целей – становление и развитие постиндустриального общества, создание рабочих мест высшей квалификации для будущих поколений, повышение уровня жизни всех граждан страны, включая уровень здравоохранения, образования и культуры. В качестве краткосрочных целей можно рассматривать преодоление кризиса и достижение конкретных величин прироста ВВП в следующем году, квартале, месяце и пр. Долгосрочные и краткосрочные цели достаточно сильно различаются, меры по их достижению также неодинаковы.

Критерии экономического развития не всегда играют роль целевых ориентиров. Нередко в качестве тактических целей регионального развития выступают промежуточные задачи, играющие роль необходимых условий успешного развития. Среди таких тактических целей развития региона или города можно назвать: привлечение новых видов бизнеса; расширение существующего

бизнеса; развитие малого бизнеса; развитие центра города; развитие промышленности; развитие сферы услуг; повышение уровня жизни населения региона.

Итак, на уровне регионов можно рассматривать следующие критерии и соответствующие им показатели социально-экономического развития:

- 1) ВВП или ВВП (абсолютная величина и на душу населения) и темпы роста этих показателей;
- 2) средний уровень доходов населения и степень их дифференциации;
- 3) продолжительность жизни, уровень физического и психического здоровья людей;
- 4) уровень образования;
- 5) уровень потребления материальных благ и услуг (продуктов питания, жилья, телефонных услуг), обеспеченность домашних хозяйств товарами длительного пользования;
- 6) уровень здравоохранения (обеспеченность поликлиниками, больницами, аптеками, диагностическими центрами и услугами скорой помощи, качество предоставляемых медицинских услуг);
- 7) состояние окружающей среды;
- 8) равенство возможностей людей, развитие малого бизнеса;
- 9) обогащение культурной жизни людей.

Стандартным способом оценки экономического развития регионов является оценка уровня производства. Такая оценка сегодня является недостаточной и односторонней. Разработанные международными организациями подходы к оценке экономического развития стран заставляют рассматривать не только объем производства, но и такие, например, аспекты, как образование, здравоохранение, состояние окружающей среды, равенство возможностей в экономической сфере, личная свобода и культура жизни. Вполне уместно в качестве интегрального показателя развития региона использовать индекс развития человека, разработанный и применяемый Программой развития ООН для оценки развития отдельных стран.

При управлении развитием отдельного региона целесообразно выделять все вышеперечисленные самостоятельные цели и осуществлять мониторинг их достижения.

Отражением социально-экономического развития региона является состояние окружающей среды, снабжение продуктами питания, контроль за их качеством,

соблюдение прав потребителей на розничном рынке, наличие и уровень качества школ, детских садов, других образовательных учреждений, а также уровень образования и квалификации людей, уровень развития и доступность системы здравоохранения, уровень физического и психического здоровья населения, продолжительность жизни.

Прогноз, базирующийся на агломерационном ракурсе развития экономического потенциала и расселения населения, связывает численность населения с особенностями демографической ситуации, экологическим ростом и социальным прогрессом. Достижения в медицине, улучшение комфортности и быта, интенсификация и рост продуктивности сельского хозяйства в перспективе будут способствовать увеличению продолжительности жизни и, как следствие, повышению качества жизни. Прирост населения будет означать необходимость новых затрат – «демографических инвестиций». Это повлияет на понижение темпов экономического роста, поскольку значительная часть прироста национального дохода используется на поддержание жизненного уровня народа на уже достигнутом уровне [2].

Таким образом, достигнутая численность, при существующем в период 2016-2020 гг. уровне развития технологий жизнеобеспечения, будет соответствовать удовлетворению жизненных потребностей человека и нормальному развитию общества. Именно в этот период в генеративный и трудоспособный возраст, вступит контингент населения, рожденный до 1990 г., численность которых в структуре населения будет существенной.

Литература:

1. Алисов Н.В., Хореев Б.С. Экономическая и социальная география мира. – М., 2000. – 127 с.
2. Пространственная организация территории и расселения населения Республики Казахстан до 2030 года / Под ред. С.Н. Нугербекова, Е.У. Темирханова, Ж.К. Бопиевой, С.М. Касымова, Ш.М. Надырова. – Астана, АО «Институт экономических исследований». - Т. 1: Концепция пространственного развития и расселения населения Республики Казахстан, 2008. – 292 с.
3. Sassen S. The Global City: New York, London, Tokyo, 2001.
4. Салиев А.С., Янчук С.Л. Размещение производительных сил и поляризованное развитие экономики Республики Узбекистан. – Ташкент, 2005. – С. 77 – 79.

Тұжырым **АЙМАҚ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДАҒЫ** **ӘЛЕУМЕТТІК-ЭКОНОМИКАЛЫҚ АЛҒЫШАРТТАР**

Н.К. Аканов, Л.К. Жазыкбаева
Семей қаласының «Аралас үлгідегі емхана №2»,
Семей қаласының әскери госпиталі

Мақалада, аймақтарда тұрғындар денсаулығын қалыптастыруындағы әлеуметтік-экономикалық даму мәні және демэкономикалық мәселелердің қазіргі замандағы жағдайы қарастырылады.

Түйінді сөздер: аймақ, әлеуметтік-экономикалық даму.

Summary **SOCIO-ECONOMIC PREREQUISITES FOR THE FORMATION** **OF PUBLIC HEALTH IN THE REGION** **N.K. Akanov, L.K. Zhazykbaeva** **Clinic mixed №2, Semey c.,** **Militari Hospital, Semey c.**

This article discusses the current state of demographical and economical problems and the socio-economic development in shaping the health of the region.

Key words: quality of life, health, life expectancy.

УДК 614.2(470.44):613.98

Н.К. Аканов¹, Л.К. Жазыкбаева²Поликлиника смешанного типа №2, г. Семей¹,
Госпиталь УВД ДВД ВКО, г. Семей²**МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА
В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ****Аннотация**

Изменение организационной структуры поликлиники должно предполагать функционирование гериатрического кабинета для оказания специализированной медицинской помощи прикрепленному населению старших возрастов и лицам с признаками преждевременного старения организма.

Ключевые слова: амбулаторно-поликлинические организации, гериатрический кабинет, медицинское обслуживание.

Проблема «старения населения» характерна для многих стран мира, Казахстан не исключение. Согласно Докладу Уполномоченного по правам человека в Казахстане «О соблюдении прав пожилых людей в Республике Казахстан» к 2050 году доля стареющего населения Республики Казахстан может достигнуть 25%. Увеличение доли населения старше 65 лет обуславливает рост потребности данной группы населения в различных видах медицинской помощи, что в свою очередь, обусловлено низкими компенсаторными возможностями организма, и определяет высокий уровень распространенности хронических заболеваний у данной возрастной группы населения.

Совершенствование медицинской помощи, оказываемой людям пожилого возраста, комплексное решение их медико-биологических, социальных, психологических аспектов определены одним из приоритетов Государственной программы «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы, утвержденная Указом Президента РК от 29.11.2010 года № 1113. В настоящее время медицинское обслуживание пожилых лиц в Республике Казахстан оказывается в виде медико-санитарной помощи, так как врачей - гериатров, специализированно занимающихся пациентами пожилого и старческого возраста, практически нет.

Также особую актуальность приобретает совершенствование нормативно-правовой основы оказания медицинской помощи данному контингенту лиц, разработка и совершенствование протоколов диагностики, лечения и реабилитации, разработку квалификационных стандартов, нормативов нагрузки, как для медицинского персонала, так и для социальных работников.

В г. Семей функционирует поликлиника смешанного типа №2, которая обслуживает ветеранов войны и труда, которые получают бесплатное слухо и зубопротезирование, лекарства по отдельным заболеваниям, бесплатную помощь по всем специализированным направлениям. Как показали исследования, чаще всего больные старше 60 лет обращаются к участковым врачам: две трети всех посещений поликлиник и 85% вызовов на дом, что подтверждает острую нуждаемость пожилых людей в специализированной амбулаторно-поликлинической помощи. Таким образом, основными организациями по предоставлению медицинской помощи старшему поколению являются амбулаторно-поликлинические учреждения, осуществляющие прием, обслуживание больных на дому и дневных стационарах. Отмечающийся рост обраще-

мости пожилых людей за скорой медицинской помощью свидетельствует об имеющихся организационных проблемах в оказании доступной, качественной амбулаторно-поликлинической помощи. Актуальным вопросом современного здравоохранения является предоставление медицинской помощи данному

контингенту лиц в общей медицинской сети с учетом особенностей возрастных и нозологических и изменений. При этом участковый врач - терапевт должен больше внимания уделять проведению реабилитационных мероприятий на дому (активная стимуляция двигательных способностей и способностей к самообслуживанию), выработке активной жизненной позиции у больного.

Задачи продления активного долголетия, снижения издержек по медицинскому обслуживанию людей пожилого возраста, по увеличению их востребованности на рынке труда, обеспечению в старости стоят также и перед Казахстанским обществом. Изменение организационной структуры поликлиники должно предполагать функционирование гериатрического кабинета для оказания специализированной медицинской помощи прикрепленному населению старших возрастов и лицам с признаками преждевременного старения организма. Осуществлять прием пациентов должен квалифицированный врач-терапевт, получивший специальную подготовку по гериатрии, т.е. врач-гериатр. При этом основой деятельности данного структурного подразделения поликлиники являются: осуществление лечебно-консультативной и профилактической помощи здоровым и больным лицам старших возрастных групп населения; проведение консультаций врачей-терапевтов и других специалистов поликлиник по гериатрии, лечебно-диагностической и диагностической помощи больным старших возрастов. Учитывая опыт других стран оказания помощи пожилым лицам и «старение» населения, в нашей Республике необходимо совершенствовать развитие специализированной геронтологической службы, с обязательным решением проблемы - повышения квалификации врачей всех клинических специальностей по вопросам геронтологии и гериатрии.

Литература:

1. Исаев, А.П. Стационарная медико-социальная помощь пожилым и престарелым. Пожилые люди - взгляд в XXI век. - НИСОЦ. - Нижний Новгород: 2000. - С. 83-84.

Тұжырым**АМБУЛАТОРЛЫҚ- ЕМХАНАЛЫҚ ҰЙЫМ ЖАГДАЙЫНДА ЕРТЕ ЖӘНЕ ҚАРТТЫҚ ЖАСТАРЫ АДАМДАРГА МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ КӨРСЕТУ**

Емхананың ұйымдастырушылық құрылымының өзгеруі емханаға бекітілген егде жастағы және ағзаның ерте қартаю белгілері бар адамдарға мамандандырылған медициналық көмек көрсетуге арналған гериатриялық кабинеттің жұмыс істеуімен сипатталады.

Негізгі сөздер: амбулаторлық-емханалық ұйым, гериатриялық кабинет, медициналық қызмет көрсету.

Summary**MEDICAL CARE OF PERSONS OF ADVANCED AND SENILE AGE
IN THE CONDITIONS OF THE OUT - PATIENT AND POLYCLINIC ORGANIZATIONS**

Change of organizational structure of polyclinic has to assume functioning of a geriatric office for rendering specialized medical care to the attached population of advanced ages and to persons with signs of presenilation of an organism.

Key words: out -patient and polyclinic organizations, geriatric office, medical care.

УДК 616.89+343.25

М.А. Джаксыбеков, А.Д. Майжанова, Н.С. Косарева

Центр психического здоровья, г. Семей

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЫСШЕЙ МЕРЫ НАКАЗАНИЯ**Аннотация**

В данной статье отражены наиболее прогрессивные, популярные, гуманистические взгляды психиатров, психотерапевтов по отношению к личности другого человека, уникальной и стоящей по своей уникальности выше любого произведения искусства.

Ключевые слова: смертная казнь, преступление, врачи-криминологи, обезглавливание, апелляция, помилование, смягчение приговора.

К истории проблемы смертной казни.

Человечество издревна делится на два лагеря: сторонников и противников лишения преступников жизни. С возникновением государственно-правовых отношений появился так называемый «принцип талиона», провозгласивший, что наказание должно быть равно преступлению. В массовом сознании этот принцип бытует в виде цитаты из «Ветхого Завета «око за око, зуб за зуб». Большинству современников, запуганных ростом преступности, озлобленным, этот девиз более близок, чем слова о гуманности и прогрессе в развитии прав человека.

Смертная казнь с возникновением государственности назначалась за проступки, которые считались предосудительными именно в данном историко-культурном ареале. Любое государство стремится защитить свою целостность и безопасность, а так же жизнь своих граждан, и поэтому установление смертной казни за шпионаж, преступление против безопасности государства, убийство, терроризм воспринимается мировой общественностью если не с одобрением, то во всяком случае, с пониманием. Но в ряде стран смертью караются также следующие поступки: супружеская неверность со стороны жены, подделка официальных документов, проституция, гомосексуализм, хищение государственного имущества, поджог, изготовление фальшивых денег, колдовство, приведшие к смертельному исходу, загрязнение воды или воздуха при отягощающих обстоятельствах.

По данным Алматинского Хельсинского комитета. Сегодня 74 государства мира отказались от смертной казни, в 22 действует мораторий, а в 84 государствах этот вид уголовного наказания продолжает действовать. Отмена смертной казни является одним из условий вступления стран в Совет Европы. В Европе смертная казнь сохранилась в законодательстве только трех государств: России, Албании и Югославии, однако в каждой из них действует мораторий на ее применение. Смертная казнь не применяется в Армении, Украине, Молдавии, Киргизии.

В Республике Казахстан смертная казнь является исключительной мерой наказания, и ее применение регламентировано статьей 15 Конституции РК и статьей 39 Уголовного Кодекса РК. Сфера применения смертной казни законодательно сужена до возможных

пределов и в мирное время может быть назначена только за особо тяжкие преступления, посягающие на жизнь человека. Смертная казнь не назначается женщинам, лицам, совершившим преступления в возрасте до 18 лет, и мужчинам, достигшим к моменту вынесения приговора 65 летнего возраста. Наблюдается тенденция к уменьшению лиц, осуждаемых к исключительной мере наказания (около 6% за совершение убийств при отягощающих обстоятельствах). По данным центра правовой статистики и информации при Генеральной Прокуратуре РК в 1997г.в Казахстане были расстреляны 45 человек, в 1999г. - 33, в 2002г. - 15. Всего за 5 лет казнено 150 человек.

Смертная казнь – за и против. Основным аргументом сторонников смертной казни это предупреждающий фактор защиты от особо тяжких преступлений. Так в Китае ежегодно казнят несколько тысяч человек и имеются намерения расширить сферу применения высшей меры наказания. В Пакистане полагают, что только чрезвычайная жестокость наказания может победить разгул преступности. На Филиппинах в 1994 году восстановили отмененную прежде смертную казнь. Так как в стране возросло число изнасилований, убийств, похищений людей, торговцев наркотиками. В Бенине католическая церковь высказалась за возвращение в страну смертной казни как эффективного и единственного средства борьбы с вооруженным бандитизмом.

Вместе с тем, прямого влияния на состояние преступности смертной казни не устанавливается. Убийства, чаще, совершаются в состоянии гнева или под влиянием алкоголя или наркотиков. Некоторые убийцы страдают психическими заболеваниями. Ни в одном из этих случаев нельзя ожидать, чтоб страх смертной казни мог остановить преступника. Японский тюремный психиатр Садатака Коги исследовал 145 осужденных убийц и среди них не смог найти ни одного, кто бы в момент убийства думал о смертной казни за совершаемое им преступление. Специалисты – криминологи уже давно настаивают на том. Что для предотвращения преступности необходимо повышать вероятность разоблачения, а не увеличивать жестокость наказания. Смертная казнь не в состоянии снизить уровень политического насилия. В ряде стран

применение смертной казни носит дискриминационный характер. Ее часто применяют преимущественно в отношении малоимущих, несовершеннолетних и членов этнических и религиозных общин.

Взгляд на смертную казнь с точки зрения врача.

Нет безболезненных методов убийства человека. Применяемые виды казни (повешение, расстрел, казнь на электрическом стуле, смертельная инъекция, отравление газом, обезглавливание, побивание камнями) не гарантирует мгновенного наступления смерти или хотя бы бессознательного состояния и определяют их как крайне жестокий бесчеловечный вид наказания.

В каждой казни принимает участие врач; как минимум – он констатирует факт смерти, но у него есть и другие функции:

- определения возможности исполнения приговора с точки зрения душевного и физического состояния заключенного;

- осуществление подготовки, управления, надзора или консультация других лиц при связанных с казнью процедурах;

- проведение медицинских осмотров во время казней, чтобы продолжать казнь, если заключенный еще жив.

В случаях, когда казнь проводится путем введения смертельной инъекции, врач вынужден играть роль палача. Все это несовместимо с основами медицинской этики, противоречит духу клятвы гиппократова.

Взгляд на смертную казнь с точки зрения психолога. Можно выделить множество аспектов отношения к смертной казни личности, общества:

- душевное состояние человека, которому угрожает приговор к смерти;

- душевное состояние приговоренного к смерти в период ожидания ответа на апелляцию;

- душевное состояние приговоренного к смерти в период ожидания приведения приговора в исполнение;

- влияние казни на семью и друзей казненного;

- влияние казней на общество.

С момента вынесения смертного приговора до приведения его в исполнение проходит, как правило, очень большой срок – нередко несколько лет. Это объясняется тем, что осужденный использует все существующие возможности для апелляции. В течении всего этого периода он, буквально, разрывается между желанием жить (надеждой на помилование, смягчение приговора, оправдание...) и необходимостью готовиться к смерти. Подавленные этим внутренним конфликтом осужденные иногда отказываются подавать апелляцию. Даже подавшие апелляцию порой не выдерживают ожидания и совершают самоубийство. В то же время, возможность отмены смертного приговора весьма реальна.

Часто приговоренные к смерти помещают в изолированные камеры – «камеры смертников». Их рассматривают как людей без будущего. Отделенные от внешнего мира, осужденные теряют всякий интерес к жизни. Отказываются встречаться с родственниками и друзьями. Что приводит к «смерти личности». Для этого состояния характерны глубокая депрессия, апатия, потеря чувства реальности, физическая и умственная деградация. Многие ожидающие приговора в исполнение не способны думать ни о чем другом: они представляют себе процесс казни, свое поведение, в это время, думают, будет ли казнь болезненной. Эти мысли становятся навязчивыми, некоторых осужденных преследуют кошмары.

В случае, когда приведение приговора становится делом решенным, начинается подготовка к преданию осужденного смерти. Для предотвращения самоубийства за ним устанавливается особое наблюдение.

Казнь и подготовка к ней осуществляется в соответствии с установленными процедурами. В связи с тем, что в любой момент может последовать распоряжение об отсрочке приведения приговора в исполнение, некоторым осужденным приходится проходить через начальные процедуры несколько раз.

Процесс вынесения смертного приговора и приведение его в исполнение затрагивает широкий круг людей: полицейские, прокуроры, судьи, врачи, тюремные надзиратели. Для многих из них участие в этом процессе – тяжелое бремя. Жестокость смертной казни распространяется на семью и друзей казненного. «Смертная казнь по своему психологическому ужасу несоизмерима с большинством преступлений и поэтому она никогда не является справедливым возмездием, наказанием» (Сахаров А.Д.).

У человека можно забрать и вернуть ему все кроме жизни. Жизнь невозможна. Она дается не законами и запретами, а вечной тайной. Мы не имеем никакого права посягать на то, что принадлежит не нам, посему смертная казнь противопоказана в самом высшем божественном смысле.

Литература:

1. Кистяковский А. Исследование о смертной казни. - Киев, Прогресс изд. - 1967. - С. 2-5.
2. Мельников Д., Черная Л. Империя смерти. – Москва, Полит.литература. - 1989. - С. 390-414.
3. Захаров И. Правовой вестник. Республиканский информационно-аналитический еженедельник. Алматы. - 2003. – С. 3-7.
4. Коган-Ясный В. Против смертной казни, сборник материалов. – Москва, Комманд-Арт – 1992. - С. 5-20.
5. Шаймерденов К.Ж. Смертная казнь и пределы гуманизма // Ваше право. – 1998, № 26, - С. 12-13.

ТҮЖЫРЫМ

ПСИХИАТРИЯЛЫҚ АСПЕКТІНІ ЖОҒАРЫ ЖАЗАЛАУ ШАРАСЫ

М.А. Джаксыбеков, А.Д. Майжанова, Н.С. Косарева

Мақалада материалды психиатрлар мен психотерапевтердің - әр адамның өзіне тән шеберліктің шығармасындай ерекшелігінің өң алдыңғы, дамыған бірегей көзқарасы көрсетілген.

Негізгі сөздер: өлім жазасы, айып, дәрігерлер-қылмысты зерттеу, бассыздандыру, шағым, қылмыскерге кешірім беру, үкімді жеңілдету.

Summary

PSYCHIATRIC ASPECTS OF THE MAXIMUM MEASURE OF PUNISHMENT

M.A. Dzhakysbekov, A.D. Maizhanova, N.S. Kosareva

In the given article most progressive are mirrored, popular, humanist views of the psychiatrists, psychologists in relation to the person of other person, unique and costing on the essence in higher than any work of art.

Key words: capital punishment, commit a crime / feloni, doctors-criminology, behead (decapitate), appeal, for pardon, mild sentence.

УДК 616.341-053.2-089-072

Н.Н. Медведева, Г.К. Нуртазина, В.С. Торопеева, Б.О. Жармагамбетова, С.К. Кенжебаева

ГККП «Городская детская инфекционная больница», г. Астана

КЛИНИКО – ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Аннотация

В данной статье представлен случай из практики обследования и выявления болезни Гиршпрунга у ребенка. Представлены клиничко – рентгенологические аспекты, а также особенности течения у маленьких детей. Отмечается, что болезнь Гиршпрунга является достаточно распространенным детским заболеванием и симптомы заболевания могут варьироваться, и это зависит в первую очередь от возраста ребенка.

Ключевые слова: болезнь Гиршпрунга, кишечная непроходимость, дети раннего возраста, инструментальное исследование.

Одним из тяжелых врожденных заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей является болезнь Гиршпрунга. По данным разных авторов частота колеблется от 1:20 000 до 1:1 000. Мальчики болеют в 4-5 раз чаще девочек [1]. Основная причина развития болезни Гиршпрунга – нарушение парасимпатической иннервации, характеризующийся агенезией ганглиев подслизистого и мышечно-кишечного нервных сплетений. В связи с этим нарушается функция аганглионарного участка кишки. Отсутствие нормальной перистальтики делает невозможным продвижение содержимого кишечника через суженный сегмент, что ведет к ее функциональной обтурации. Кишка, расположенная выше зоны сужения, расширяется, стенки её гипертрофируются, вследствие чего развивается мегаколон. В большинстве случаев болезнь Гиршпрунга диагностируется в младенчестве. Трудности диагностики у детей первого года жизни связаны с наличием относительно компенсированных форм заболевания.

В зависимости от длины аганглионарного сегмента выделяют 3 формы болезни Гиршпрунга: острую, подострую, хроническую.

Приводим пример нашего наблюдения подострой формы болезни Гиршпрунга. Подострая форма болезни Гиршпрунга развивается при меньшей протяженности аганглионарного участка кишки.

Ребенок С., возраст 3 месяца, родился от 1 первой беременности, 1 срочных родов. Течение беременности и родов без особенностей. Ребенок на грудном вскармливании, но последнюю неделю – на смешанном, так как мама включила в рацион ребенка искусственные смеси. С рождения у ребенка отмечалась задержка стула, периодическое срыгивание, постоянное вздутие живота. До поступления в наш стационар ребенок не обследован.

Заболел ребенок остро с повышением температуры тела до 38-38,5⁰С, катаральных проявлений (заложенность носа, кашель). В последующем вирусемия сохранялась в течение 5 дней, кашель с постепенным усилением, симптомы интоксикации с нарастанием, с первых дней болезни отмечался жидкий водянистый стул 1-2 раза за сутки, с последующим усилением до 5- 6 раз. Ребенок пониженного питания. Кожные покровы бледные, чистые, тургор снижен. В легких аускультативно – наличие локальной симптоматики в виде ослабленного дыхания, хрипов нет. Перкуторно – притупление легочного звука в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Обращало на себя внимание выраженное вздутие живота и контурирование петель кишечника через брюшную стенку. Живот при пальпации мягкий,

безболезненный. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул отмечался водянистый, пенистый, секреторного типа. Ребенок госпитализирован в стационар с проявлениями респираторно-вирусной инфекции, осложненной двусторонней пневмонией.

Учитывая клиничко – анамнестические данные, задержку стула с рождения, данные объективного осмотра, у ребенка также была заподозрена болезнь Гиршпрунга.

При обследовании в общем анализе крови отмечается ускорение СОЭ до 34 мм/час, нейтрофилез (с/я-75,6%). В копрограмме - лейкоциты до 25-30 в поле зрения, слизь++, йод, бактерии++. Бактериологическое исследование кала на кишечную группу - отрицательное. На УЗИ - исследовании органов брюшной полости обнаружены: гепатомегалия, диффузные изменения паренхимы печени, перегиб в теле желчного пузыря.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и брюшной полости объем грудной клетки уменьшен за счет высокого стояния куполов диафрагмы. По легочным полям на фоне сосудисто-циркуляторных изменений определяются рассеянные очаговые тени инфильтрации. Петли толстой кишки удлинённые, расширенные, занимают всю брюшную полость, в ректосигмоидальном отделе просвет кишечника резко сужен (рис.№1).

Ребенок был осмотрен хирургом, выставлен диагноз: «Мегаколон. Парез кишечника. Не исключается врожденный порок развития кишечника (болезнь Гиршпрунга, внутренняя грыжа)».

Состояние ребенка в динамике улучшалось, купировались симптомы интоксикации, катарально-респираторные проявления, диарейный синдром, уменьшилось вздутие живота, с 4-го дня госпитализации у ребенка не отмечалось самостоятельного стула. В основе смены упорных запоров и поносов определялся дисбактериоз кишечника с развитием колита.

Однако на фоне регрессирования респираторно – катарального синдрома, воспалительного процесса в легких на 7-ой день госпитализации на фоне нормальной температуры тела отмечались вновь повторная рвота до 4-5 раз с примесью желчи, беспокойство при пальпации живота, усилилось вздутие живота, что лишней раз подтверждало наличие врожденной хирургической патологии.

Ребенку сделана повторная рентгенография органов брюшной полости, где обнаружены рентгенологические признаки низкой кишечной непроходимости (рис.№2). После повторного осмотра хирурга ребенок

был переведен в хирургическое отделение многопрофильного стационара с диагнозом: «Низкая кишечная непроходимость. Болезнь Гиршпрунга, подострая форма?»

В дальнейшем диагноз подтвержден при оперативном лечении.



Рисунок 1.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки и брюшной полости



Рисунок 2.

Повторная обзорная рентгенограмма органов грудной клетки и брюшной полости (признаки кишечной непроходимости)

Таким образом, данный случай интересен тем, что такие факторы, как: присоединение интеркуррентного заболевания, резкая смена питания, привели к декомпенсации подострой формы болезни Гиршпрунга и развитию острой кишечной непроходимости.

Литература:

1. Лёнюшкин А.И. Детская колопроктология. Руководство для врачей, - М., Медицина, 1990. - 352 с.
2. Хертл М. Дифференциальная диагностика в педиатрии в 2 Т. Пер. с нем. - М., Медицина, 1990. - 320с.

3. Поддубный И.В., Исаев А.А., Алиева Э.И., Козлов М.Ю., Наковкина О.Н., Лобань Н.В. Первый опыт лапароскопического эндоректального низведения толстой кишки при болезни Гиршпрунга у детей. Детская хирургия. – 2006, №3. - С. 7-8.
4. Филипкин М.А. Рентгенодиагностика в педиатрии. - Медицина,- 1988г. - С. 404-406.
5. Зедгенидзе Г.А., Осипкова Т.А. Неотложная рентгенодиагностика у детей, - Медицина, - 1980. - С. 336-337.

Тұжырым

БАЛАЛАРДЫҢ ГИРШПРУНГ АУРУЫНЫҢ КЛИНИКА-ИНСТРУМЕНТАЛДЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ (ТӘЖІРИБЕДЕН ЖАҒДАЙ)

Н.Н. Медведева, Г.Г. Нұртазина, В.С. Торопеева, Б.О. Жармағамбетова, С.К. Кенжебаева
Қалалық балалар жұқпалы аурулар ауруханасы, Астана қ.

Бұл мақалада балаларда болатын Гиршпрунг ауруын тәжірибеде анықтау және тексеру жағдайы айтылған. Клиника-диагностикалық аспектілер, сондай-ақ кішкентай балаларда болатын ерекшеліктері ұсынылған. Гиршпрунг ауруы жеткілікті түрде таралған балалар ауруы болып саналады, ауру белгілері түрлене алады және бұл бірінші кезекте баланың жасына байланысты.

Негізгі сөздер: Гиршпрунг ауруы, ішек жұрмеушілігі, ерте жастағы балалар, аспапты зерттеулер.

Summary

CLINICAL –RADIOLOGICAL ASPECTS OF DIAGNOSIS OF HIRSCHSPRUNG'S DISEASE IN CHILDREN (CASE REPORT)

N.N. Medvedeva, G.K. Nurtazina, V.S. Toropееva, B.O. Zharmagambetova, S.K. Kenjebayeva
City Children's Hospital of Infectious Diseases, c. Astana

This article presents a case study of the practice and to identify Hirschsprung's disease in children. We present clinical – radiological aspects, as well as the peculiarities of small children. It is noted that Hirschsprung's disease is a common childhood disease and the symptoms can vary and it depends primarily on the child's age.

Key words: Hirschsprung's disease, ileus, young children, a study tool.

УДК 616.151.5-617.51-001:340.6

М.М. Байсадыков

Алматинский филиал РГКП «Центр судебной медицины»
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ИСХОДА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У БОЛЬНОГО ГЕМОФИЛИЕЙ

Аннотация

Приводится клинический пример Гражданин А., 22 лет, доставлен в клинику машиной скорой помощи с повреждениями головы и правого бедра, страдает гемофилией А. На фоне проводимой терапии, состояние улучшилось. Неожиданно на 12-е сутки лечения появились сильная головная боль, рвота, оглушение, позже сознание было утрачено. Несмотря на активную терапию, через 1 сутки наступила смерть.

Ключевые слова: гемофилия А, закрытая черепно-мозговая травма, геморрагический инсульт.

Актуальность

В судебно-медицинской практике часты случаи, когда у получившего повреждения человека имеется тяжелое соматическое заболевание. Оценка течения и исхода травмы требует от эксперта поиска исчерпывающей информации по каждому из видов обнаруженной патологии с последующим сопоставлением и объективным анализом полученных данных. В качестве примера решения аналогичной задачи несомненный интерес представляет исследованный нами случай черепно-мозговой травмы у больного гемофилией.

Гемофилией называют наследственную болезнь, характеризующуюся недостатком факторов свертывания крови, при котором процесс сворачивания крови замедляется и увеличивается время кровотечения. Чаще гемофилией страдают мальчики (кроме гемофилии С, которой могут болеть и девочки). Существует три типа гемофилии, которые отличаются фактором свертывания, отсутствующим в крови. Самой грозной считается гемофилия А, которая является наиболее распространенной, возникает при отсутствии в крови VIII фактора свертывания, представляемого специальным белком (антигемофильным глобулином). [1]

Цель: поделить редким клиническим случаем несоответствия между характером повреждений головы, клиническими проявлениями травмы и внезапностью летального исхода.

Материалы и методы исследования.

Приводим случай из практики.

Гражданин А., 22 лет, был доставлен в клинику машиной скорой помощи с повреждениями головы и правого бедра. Из обстоятельств дела: избит на улице, сознание не терял, тошноты и рвоты не было. Страдает гемофилией А, диагноз поставлен в детстве, в прошлом неоднократно отмечались гематурия, гемартрозы, забрюшинные гематомы. Показатель активности фактора VIII (10%) соответствует средней степени тяжести заболевания. При поступлении состояние пострадавшего относительно удовлетворительное, жалобы на головную боль. Очаговая неврологическая симптоматика отсутствует. Имеется небольшая ушибленная рана под левым глазом, гематома затылочной области. В средней трети правого бедра массивная, напряженная, болезненная гематома.

Проведено необходимое исследование: осмотр специалистов, лабораторная и функциональная диагностика - патологии не выявлено.

Назначена симптоматическая, общеукрепляющая и заместительная терапия, вводили криопреципитат в

количестве 6-10 доз в сутки. Через 1 неделю после госпитализации состояние значительно улучшилось, уменьшилась гематома правого бедра, исчезли болезненные ощущения. Пациент готовился к выписке. Неожиданно на 12-е сутки лечения появились сильная головная боль, рвота, оглушение, позже сознание было утрачено. Несмотря на активную терапию, через 1 сутки наступила смерть. Клинический диагноз: «Закрытая черепно-мозговая травма. Острое кровоизлияние в ствол мозга. Сопутствующая патология: гемофилия А».

Результаты и обсуждение.

При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены: желто-зеленоватый кровоподтек и свежий линейный рубец длиной 1 см под левым глазом, старая ссадина на внутренней поверхности верхней губы, кровоизлияние в кожно-мышечный лоскут в левой лобно-скуловой области и чуть выше затылочного бугра, сквозная трещина затылочной кости длиной 10 см, идущая по срединной линии до большого затылочного отверстия. Кости лицевого скелета целы, толщина костей свода черепа на распиле 0,4—0,6 см. Твердая мозговая оболочка без повреждений, несколько напряжена, мягкая оболочка тонкая, бесцветная, блестящая. Извилины правого большого полушария головного мозга уплощены, в толще правой лобной доли гематома в виде рыхлых коричневатосинюшных свертков с элементами фибрина (70 мл). В правом боковом и III желудочках продолговатый синюшно-красный мягковатый сверток крови (10 мл). Мышцы и фасции правого бедра пропитаны синюшно-красной кровью. Необходимо отметить, что кровоизлияние в головной мозг - одно из наиболее тяжелых и сравнительно редких осложнений гемофилии (от 3 до 4,5% всех осложнений, по данным разных авторов [1, 3]) с уровнем летальности около 70%. До начала эпидемии ВИЧ-инфекции внутричерепные геморрагии являлись главной причиной гибели больных гемофилией [5]. Кровоизлияние в мозг возможно в любом возрасте, в том числе у детей и подростков [6-8], но наибольший риск инсульта отмечен в 17-29 лет [2]. Нередко гематома возникает спонтанно, а если является следствием травмы, то симптомы поражения мозга появляются в сроки от 1 ч [4] до 3 сут [1-3] и не отличаются от проявлений травмы у соматически здоровых людей. Обычно сразу после инцидента наблюдаются временная потеря сознания, очаговая симптоматика, парезы, нарушения чувствительности и речи. Нарастание симптомов дисфункции происходит постепенно [3].

Таким образом, у пострадавшего имелась выраженная патология свертывающей системы крови. Гемофилия сама по себе могла обусловить возникновение спонтанной внутримозговой гематомы. Наличие сквозной трещины затылочной кости свидетельствует о достаточно сильном ударе в направлении сзади наперед и позволяет отнести повреждения головы к причинившим тяжкий вред здоровью по признаку опасности для жизни. В то же время отсутствовали признаки тяжелой церебральной травмы: после конфликта не было потери сознания, тошноты, рвоты, не установлена очаговая неврологическая симптоматика, не выявлены морфологические проявления ушиба мозга в виде очаговых кровоизлияний под оболочки и в вещество головного мозга. Внезапное возникновение геморрагического инсульта на фоне практически полного благополучия через 12 суток после госпитализации дает возможность судить об отсутствии прямой причинной связи между повреждением головы и развитием смертельного осложнения. Анализ научных публикаций и опыт практической работы позволяют сделать заключение о том, что такой исход травмы у соматически здорового молодого человека представляется маловероятным.

Учитывая все изложенные сведения, был поставлен судебно-медицинский диагноз: «закрытая черепно-мозговая травма (полученная за 13 суток до смерти). Неполный перелом затылочной кости, переходящей на основании в задней черепной ямке. Кровоизлияние в лобную долю правого большого полушария объемом 70 мл с прорывом в боковой желудочек моз-

га, сдавление и дислокация головного мозга. Кровоизлияние в мягкие ткани затылочной области. Гемофилия А средней степени тяжести. Кровоподтек и ушибленная рана в области левого глаза, ссадина верхней губы; травматическая гематома правого бедра».

Выводы

Случай примечателен относительной редкостью соматического заболевания, а также несоответствием между характером повреждений головы, клиническими проявлениями травмы и внезапностью летального исхода.

Литература:

1. Федорова З.Д. Гемофилия и ее лечение / Под ред. З. Д. Федоровой. - Л., 1977. - 215с.
2. Пономарева Г. Л. Неврологические осложнения гемофилии: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Пермь, 1994. - 24с.
3. Садков С.А., Тарасова Л.Н., Журавлев В.А. Осложнения гемофилии. - Красноярск. 1984. - 98с.
4. Чурляев Ю. А., Епифанцева Н. И., Карпенко В. С. и др. // Анест. и реаниматол. - 1996. - № 1. - С. 64-65.
5. Cahill. R., Cotvin B. T. // Postgrad. Med. J. - 1997. - Vol. 73. - P. 201-206.
6. Giroud M., Lemesle M., Madinier G. et al. // Acta Neurol. Scand. - 1997. - Vol. 96, N 6. - P. 401-406.
7. Puzilli F., Salvati M., Bristot R. et al. // Childs Nerv. Syst. - 1997. - Vol. 13, N 11-12. - P. 601-603.
8. Wilson D. A., Nelson M. D. Jr., Fenstermacher M. J. et al. // Radiology. - 1992. - Vol. 185, N 2. - P. 553-558.

Тұжырым

ГЕМОФИЛИЯ АУРУЫ БАР НАУҚАСТА МИ ЖӘНЕ МИ СҮЙЕГІНІҢ ЖАРАҚАТЫНЫҢ АЯҚТАЛУЫНЫҢ СОТ МЕДИЦИНАЛЫҚ САРАПТАМАСЫ

М.М. Байсадықов

Қазақстан республикасы денсаулық сақтау министрлігі,

Алматы қаласындағы бөлімі РМҚМ «Сот медицинасының орталығы»

Осы мақалада тәжірибедегі болған оқиға берілген. 22 ж А. Ер азамат, емханаға жедел жәрдем арқылы тускен, бас сүйегі және ми, жанбасы зақым алған, А гемофилиясы бар. Ем дома жүргізген жағдайы жақсарды, бірақ 12 күннен кейін халі нашарлады, қатты бас ауырсынуы, құсу, естен танқалды. Ем домаға қарамастан 1 тәуліктен кейін қайтыс болды.

Негізгі сөздер: гемофилия А, ми сүйегінің және мидың жабық зақымдануы, геморрагиялық инсульт.

Summary

FORENSIC ASSESSMENT OF AN OUTCOME OF A CRANIOCEREBRAL TRAUMA AT SICK OF A HEMOPHILIA

M.M. Baysadycov

Almaty branch "Centre of Forensic Medicine"

Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

The clinical example is given: Citizen A., 22 years, is delivered in clinic by ambulance car with injuries of the head and the right hip, has hemophilia A. Against carried-out therapy the condition improved. Unexpectedly on the 12th days of treatment there was a strong headache, vomiting, devocalization, later consciousness was lost. Despite active therapy, after 1 day there came death.

Key words: hemophilia A, the closed craniocerebral trauma, a hemorrhagic stroke.

УДК 616.833 - 022.7

Б.К. Кабиева

КГКП «Больница скорой медицинской помощи», г. Семей

ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИЯ (Случай из практики)

Аннотация

В статье представлены клинические случаи полирадикулоневропатии - заболевании периферической нервной системы, с различной клинической картиной.

Ключевые слова: болезнь Гийена-Барре, полирадикулоневропатия, заболевания периферической нервной системы.

Наиболее редко встречающимся и грозным по осложнениям из заболеваний периферической нервной системы, как в прошлом столетии, так и в наше время является острая полирадикулоневропатия.

Цель - представить данные, подтверждающие, что заболевания периферической нервной системы, в виде полирадикулоневропатии, имеют различную клиническую картину.

Материалы исследований:

Случай из клинической практики №1: больной С., 23 лет, находился в неврологическом отделении с диагнозом: «Острая полинейропатия Гийена-Барре, диплегия мимической мускулатуры, вялый тетрапарез».

Жалобы при поступлении: на неприятные ощущения и онемения кончика языка, слабость, онемение в ногах, слабость в кистях рук. Анамнез: после переохлаждения и физического переутомления появились боли и рези при мочеиспускании, боли в пояснице, по поводу чего с диагнозом «хронический пиелонефрит, обострение» был госпитализирован в терапевтическое отделение, где наблюдалось высокая температура тела до 39 град., повышенное СОЭ, протеинемия. После стабилизации состояния выписан. После выписки, появились вышеперечисленные жалобы. Доставлен в неврологическое отделение на 13-й день заболевания. При поступлении: состояние удовлетворительное, соматически без особенностей. В неврологическом статусе: гипестезия по типу «перчаток и носков». Сухожильные рефлексы с дистальных отделов снижены. Сила мышц с дистальных отделов конечностей снижены до 4,5 баллов. Предварительным диагнозом: «Дистальная полинейропатия. Криоглобулинемия», госпитализирован в неврологическое отделение. Несмотря на проводимое лечение неврологическая симптоматика нарастала. На вторые сутки после поступления развились парез мимической мускулатуры с двух сторон, дисфония, дизартрия. Глоточные рефлексы угнетены, глотание затруднено, голос осиплый. Объем движений в конечностях резко ограничен из-за вялых дистальных параличей, сухожильные рефлексы равномерны, карпорадиальный и коленные не вызываются. Отмечаются болезненность мышц верхних и нижних конечностей. Симптомы натяжения положительные. Дистальный гипергидроз, акроцианоз. Гипестезия по типу длинных «перчаток и чулок». На 3-е сутки - активные движения с нижних конечностей отсутствуют. Сила мышц с рук - 3 баллов, с ног - 0 баллов, сухожильные рефлексы - карпо-радиальные, ахилловы не вызываются, коленные снижены. Менингеальные и патологические знаки не выявлены. Объективно: Состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа кистей, стоп цианотична, холодная, влажная на ощупь. Дыхание везикулярное, сердечные тоны ясные, ритмичные. АД 130/70 мм. рт. ст., ЧСС-98 в 1-мин. Живот мягкий, безболезнен, печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненно. Стул, диурез регулярны. Больной переведен в отделение интенсивной терапии. Результаты обследований: ОАК - повышенное СОЭ, лейкоцитоз, ОАМ - повышенный белок 0,094 г/л, лейкоциты 5,7 в п/з, БАК - в норме, РГОГК - при поступлении в норме, на 7-е сутки - застойные явления в легких, на 14-е сутки - положительная динамика, ЭКГ- при поступлении в норме, на 7-е сутки- синусовая тахикардия, с ЧСС около 115 в минуту вертикальное положении ЭОС. Перегрузка правого предсердия. УЗИ ОБП, почек - признаки пиелонефрита с двух сторон. В ходе течения заболевания осложнением явились гипостатическая двусторонняя пневмония, неревматический миокардит, синусовая тахикардия. Выставлен диагноз: Хронический двусторонний пиелонефрит, нестойкая ремиссия. ХПН-0. Лечение: режим-1, диета-15, преднизолон 180 мг в/в на 200,0 физ. р-ра, 60 мг в таблетках, сеансы плазмофереза №5, пеницилин 1 млн. ЕД.х 6 в/м, актовегин по 5,0 на 200,0 физ.р-ра, ККБ - 50 мг х 3 в/м, ноотропил 10,0 в/в, вит. В1, В6, В12, вит С-5%-5,0, диклофенак - 3,0 в/м, седуксен по 1 т. н/н, анальгин 50%-2,0 с димедролом 1 %-1.0 в/м, прозерин с 0,5 до 1,0 в/м Состояние в динамике постепенно улучшилось, после третьего сеанса плазмафереза появились небольшие движения в нижних конечностях, слабость в руках исчезла. Дополнительно назначено: раствор прозерина по 1,0 в/м, сила мышц в конечностях выросла, объем активных движений в ногах увеличился, появились ахилловы рефлексы, оживились карпорадиальные и коленные. С посторонней помощью передвигается по палате. Назначено: ЛФК, массаж на месте, ИРТ, физиотерапевтическое лечение. Переведен в отделение на 16-е сутки. Неврологическая симптоматика постепенно регрессировала. Сила и тонус мышц в конечностях, объем активных движений полностью восстановились, передвигается самостоятельно. В неврологическом статусе: гипотония, легкая гипотрофия мышц ног, коленный, ахиллов рефлексы снижены, гипестезия кожи по типу носков. Сила мышц с рук- 5 б., с ног- 4 б. С диагнозом: «Состояние после перенесенной острой полирадикулонейропатии Гийена-Барре, гипостатической пневмонии, неревматического миокардита» выписан на диспансерное наблюдение по месту жительства.

Случай из практики №2: Больной. А., 19 лет. Поступил с жалобами на отсутствие движений в ногах, слабость в кистях рук. По анамнезу, заболел остро, после переохлаждения и физической нагрузки, на

фоне острого респираторного заболевания, появились боли в пояснице, слабость и онемение в ногах, утром следующего дня не смог встать, из-за отсутствия движения в ногах. Лечился амбулаторно, в связи с отсутствием улучшения направлен в стационар. Из-за тяжести заболевания помещен в реанимационное отделение (ОРИТ), с диагнозом «Острая полирадикулонейропатия, болезнь Гийена-Барре». Принцип ведения и лечение больного аналогично предыдущему больному. На вторые сутки появились движения в пальцах стоп, слабость в руках исчезла. На шестые сутки движения в ногах восстановились, с посторонней помощью передвигается по палате, переведен в отделение. Постепенно неврологическая симптоматика регрессировала.

Случай из практики №3: больной С., 19 лет, находился в неврологическом отделении с диагнозом «Острая полинейропатия Гийена-Барре». Жалобы при поступлении: на слабость, онемение, отсутствие движения в ногах, слабость в руках, боли в пояснице. Анамнез: после переохлаждения и физического переутомления появились боли и рези при мочеиспускании, по поводу чего с диагнозом «Острый цистит» был госпитализирован в ЦРБ, накануне вечером появились слабость в ногах, боли в пояснице, утром не смог самостоятельно встать с постели из-за отсутствия движения в ногах. В экстренном порядке доставлен в БСМП, госпитализирован в ОРИТ, из-за тяжести заболевания. Был доставлен на носилках, в тяжелом состоянии. Объективно: состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа кистей, стоп цианотична, холодная на ощупь. Дыхание везикулярное, сердечные тоны ясные, ритмичные. АД 110/70 мм. рт. ст., ЧСС-60 в 1-мин. Живот мягкий, безболезнен, печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по поясничной области безболезненно. Стул, диурез регулярны. Неврологический статус: вялый тетрапарез, сознание ясное, черепно-мозговая инервация без особенностей, болезненность при пальпации паравертебральных точек в поясничном отделе позвоночника. Симптомы натяже-

ния положительны. На фоне проведенной терапии неврологическая симптоматика регрессировала. К концу второй недели заболевания самостоятельно ходит по отделению, сохраняются небольшая слабость в ногах, при длительной ходьбе быстро устает. Выписан на долечивание по месту жительства.

Случай из практики №4: Больной К., 19 лет. Жалобы и анамнез схожи с предыдущими, но клинические проявления протекали в более легкой форме. В неврологическом статусе: нижний вялый парапарез, с акцентом слева. Лечение проводилось в отделении, по соответствующей схеме, кроме плазмафереза. В восстановительном периоде движения в конечностях в полном объеме, тонус мышц сохранен. Сила мышц-5 б. Нарушения чувствительности регрессировали. С диагнозом: состояние после острой полинейропатии, инфекционно-аллергического генеза, с нижним вялым парапарезом, стадия регресса.

Выводы

Таким образом, заболевания периферической нервной системы, в виде полирадикулонейропатии, имеют различную клиническую картину.

Литература:

1. Агафонов Б.В., Неретин В.Я., Лекции проф. Каменовой С.У. 2007г. АГИУВ. Медико-генетическое консультирование при наследственных и врожденных болезнях нервной системы. – Медицина. Издательство (Татарстан), 2004. – С. 17-21
2. Гусев Е.И. Нервные болезни. – М.: Медицина, 2005. - С. 65-68
3. Наследственные заболевания. Полный справочник. – ЭКСМО, 2010. – 230с.
5. Брильма Дж., Коэн С., Неврология. – Медпресс-информ, - 2007. – 215с.
6. Саймон Р.П. Клиническая неврология: руководство для врачей. Пер с англ. Изд. 2, доп. – 2009. – 125с.
7. Мументалер М. Неврология. Под ре.: Левина О.С. – Медпресс-информ, 2009. – 156 с.

Тўжырым ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИЯ. (ТӘЖІРИБЕДЕГІ ЖАҒДАЙ)

Б.К. Кабиева

Семей қ. ҚМҚБ «Жедел медициналық көмек көрсету ауруханасы»

Мақалада шеткі нерв жүйесінің аурулары полирадикулонейропатия түрінде әр түрлі клиникалық көріністермен берілген.

Негізгі сөздер: шеткі нерв жүйесінің аурулары, полирадикулонейропатия.

Summary POLYRADICULONEUROPATHIYA (CASE REPORT)

B.K. Kabieva

Hospital for emergency medical aid, Semey

The article presents the data of diseases of the peripheral nervous system in the form polyradiculoneuropathy with different clinical picture.

Key words: disease of the peripheral nervous system, polyradiculoneuropathy.

УДК 616.411-089-616-001.48

К.К. Уашпаев

КГП на ПХВ «Риддерская городская больница», г. Риддер

ДВУХМОМЕНТНЫЙ РАЗРЫВ СЕЛЕЗЕНКИ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**Аннотация**

Особенностью сочетанной травмы является преобладание повреждению органов брюшной полости, из них травма селезенки составляет 23-40%.

Редкость двухмоментного разрыва селезенки вызывает некоторые трудности своевременной диагностики и оперативному вмешательству. Важное значение в постановке диагноза играет УЗИ органов брюшной полости и лапароцентез.

Ключевые слова: селезенка, двухмоментный разрыв селезенки, спленэктомия.

Общеизвестно, что повреждение селезенки при сочетанной и изолированной травме живота встречается у 23-40 % пострадавших [1, 3]. Более чем в 99% наблюдений основной операцией при ее разрывах с кровотечением является спленэктомия [1, 2, 3]. Двухмоментный разрыв селезенки мы наблюдали у больного на 9 сутки от момента травмы. Приводим это наблюдение.

Больной П., 46 лет обратился в приемный покой городской больницы 7.04.2013г. с жалобами на боль в левой половине живота с иррадиацией в левое надплечье, усиливающуюся при перемене положения тела и в положении лежа на спине, слабость, головокружение, сухость во рту. 29.03.2013 года вечером упал на левый бок, почувствовал боль в левой половине груди. Осмотрен травматологом 29.03.2013 года, выявлен перелом 12 ребра слева и было назначено амбулаторное лечение. 07.04.2013 года в 19 ч 15 мин появилась резкая боль в левом подреберье, возникло головокружение. Госпитализирован с диагнозом: Двухмоментный разрыв селезенки, внутреннее кровотечение.

Состояние больного средней степени тяжести. Бледность кожных покровов. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс до 92 удара в 1 минуту. АД - 110/80 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот равномерно вздут, пальпаторно болезненный в левом подреберье. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Стул был накануне. Мочеиспускание свободное. Общий анализ крови / Нв - 116 г/л.эр. - $3,2 \cdot 10^{12}$, Л - $14,2 \cdot 10^9$ П-12%, С - 60%, М - 6%, Э-4%, Л - 18%, СОЭ - 40мм/час. Под МИА произведен лапароцентез, получена кровь.

Под эндотрахеальным наркозом произведена верхне-средняя лапаротомия. В левой половине брюшной

полости и малом тазу содержится кровь со сгустками около 1 литра. Сгустки крови больше в области селезенки. Обнаружен разрыв селезенки с фрагментацией и размождением ее ткани с продолжающимся кровотечением и полным отслоением капсулы от ткани селезенки. Произведена спленэктомия. После санации брюшная полость дренирована. Послеоперационное течение гладкое. Дренажи удалены. Швы сняты на 10 сутки и выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. Осмотрен через 6 месяцев, жалоб не предъявляет.

Выводы:

1. Приведенное наблюдение свидетельствует о том что разрыв подкапсульной гемматомы может возникнуть в любые сроки после травмы.

2. Использование УЗИ, лапароцентеза при закрытой травме живота позволит своевременно выявить повреждение селезенки.

3. Более чем в 99% наблюдений основной операцией является спленэктомия.

Литература:

1. Алимов А.Н., Исаев А.Ф., Сафронов Э.П., Отлыгин Ю.В. Органосохраняющий метод лечения разрыва селезенки. // Хирургия. - Москва. Медиа Сфера. - 2005, №10. - С. 55-60.

2. Виноградов В.В., Денисенко В.И. Гетеротопическая аутолиентрансплантация селезеночной ткани после спленэктомии // Хирургия. - Москва «Медицина». - 1986, №2. - С. 87-89.

3. Кривошеина Е.Л., Бревпо Ф.Ф. Двухмоментный разрыв селезенки у больного гемофилией ребенка. Хирургия. - Москва Медиа Сфера - 1999, №3. - 62 с.

Тұжырым**КӨК БАУЫРДЫҢ ЕКІСАТЫЛЫ ЖАРЫЛУЫ. ТӘЖІРИБЕДЕГІ ЖАҒДАЙ**

К.К. Уашпаев

ШҚО ӘДБ «Риддер қалалық ауруханасы» ШЖҚ КҚМК

Қосарланған жарақаттың ерекшелігі болып, құрсақ қуысы мүшелерінің жарақатының басым болуы, оның ішінде көк бауырдың жарақаты 23-40% құрайтыны болып табылады. көк бауырдың екісатылы жарылуының сирек кездесуі диагноз қоюды қиындатады. Уақытылы диагностика мен ота жасауда УДЗ мен лапароцентездің маңызы зор.

Негізгі сөздер: Көк бауыр, екі мезетті көк бауыр жырылуы, спленэктомия.

Summary**TWO-STAGED RUPTURED SPLEEN. CASE REPORT**

К.К. Uashpaev

Ridder Municipal Hospital, Ridder

The concomitant injury is characterized by the prevailing injuries of the abdominal cavity organs, the spleen injury of which constitutes 23-40%. Rarity of the two-staged ruptured spleen makes some difficulties in diagnosing. The importance of laparocentesis is very high in the early diagnosis and surgical interference.

Key words: spleen, two-staged ruptured spleen, splenectomy.

УДК 616.382.1-089

К.К. Уашпаев

КГП на ПХВ «Риддерская городская больница», г. Риддер

ОСТРЫЙ ПЕРВИЧНЫЙ ОМЕНТИТ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**Аннотация**

Описанное наблюдение еще раз подтверждает, что первичное воспаление большого сальника относится к редким заболеваниям. Клиническая картина этого заболевания зависит от многих факторов, среди которых главную роль играет время, прошедшее от начала заболевания. Для начальной стадии первичного оментита характерно наличие геморрагической жидкости в брюшной полости. Редко правильный диагноз удается установить до операции.

Ключевые слова: Большой сальник, оментит, резекция большого сальника.

Острое воспаление большого сальника (оментит) в практике неотложной хирургии встречается редко. Оно наблюдается у 0,05-0,12% больных оперированных по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости [1]. Первичные оментиты встречаются гораздо реже вторичных и диагностируют лишь во время операции и нередко при развитии осложнений - абсцессах и распространенном перитоните [2,3]. Приводим одно из наблюдений.

Больной Н., 29 лет. Поступил в хирургическое отделение 10.05.2013 года с жалобами на боли в правой половине живота. Заболел остро 08.05.2013 года, когда появились боли в верхней половине живота, позже локализовались в правой половине живота. Состояние при поступлении средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс до 80 ударов в 1 минуту. АД - 130/90 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, не вздут, пальпаторно мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского. Температура тела 37,7°C.

Общий анализ крови: НВ - 172,5г/л, Л - 9,8*10⁹. П - 4%, С - 73%, М - 6%, Л - 17%, СОЭ - 3мм/час. Общий анализ мочи: прозрачная, 1015, Б - нет, Л - единичные.

С предположительным диагнозом острого аппендицита больной экстренно взят на операцию 10.05.2013г. в 18ч. 35 мин под общим обезболиванием, доступом Волковича-Дьяконова вскрыта послойно брюшная полость. Со стороны червеобразного отростка минимальные изменения. Произведена аппендэктомия, геморрагический выпот в малом тазу. Произведена срединная лапаротомия. Геморрагический выпот в малом тазу осу-

шен. При дальнейшей ревизии обнаружено инфильтрованное образование размером 8,5х7см, исходящее из свободного края правой половины большого сальника. Оно темно-багрового цвета с участками кровоизлияния. Произведена резекция измененного сегмента большого сальника в пределах здоровых тканей. После местной санации брюшная полость осушена, дренирование малого таза. В послеоперационном периоде проведена антибактериальная терапия. Послеоперационное течение гладкое. Удален дренаж. Швы сняты на 10 сутки заживление первичным натяжением. По данным гистологического исследования, в пораженном сегменте большого сальника имеются выраженный отек с инфильтрацией. Червеобразный отросток без изменений. В удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение. Пациент осмотрен через 5 месяцев после операции, жалоб не предъявляет.

Выводы:

1. Вследствие неспецифичности симптоматики и редкости заболевания, первичный оментит, чаще всего является интероперационной находкой.

2. При несоответствии степени изменения червеобразного отростка клинической картине аппендицита, необходимы тщательная ревизия органов брюшной полости, УЗИ брюшной полости.

Литература:

1. Буценко В.Н., Камеристый Г.А., Свиляр В.В. Острый оментит // Клиническая хирургия Киев. Здоровья. - 1989. №1. - С. 34-36.
2. Загинайко В.И., Скавыш А.А. Заворот большого сальника и гнойный оментит // Хирургия. Москва. «Медицина». - 1982. №10. - С. 22-25.

Тұжырым**ҮЛКЕН ШАРБЫНЫҢ АЛҒАШҚЫ ҚАБЫҢУЫ. ТӘЖІРИБЕДЕГІ ЖАҒДАЙ**

К.К. Уашпаев

ШҚО ӘДБ «Риддер қалалық ауруханасы» ШЖҚ ҚЖМК

Сипатталған бақылаулар үлкен шарбы майының алғашқы (біріншілік) қабынуы сирек кездесетін ауруларға жататынын тағы да дәлелдейді. Бұл аурудың клиникалық көрінісі көптеген себептерге байланысты, соның ішінде ауру бастағаннан бастап өткен уақыттың ұзақтығына да байланысты. Біріншілік үлкен шарбы майының қабынуының алғашқы кезеңіне іш қуысындағы геморрагиялық сұйықтықтың болуы тән. Ота жасауға дейінгі кезеңде дұрыс диагноз қою сирек кездеседі.

Негізгі сөздер: Үлкен шарбы майы, қабынуы, үлкен шарбы майының резекциясы.

Summary**ACUTE INITIAL OMENTITIS. CASE REPORT**

К.К. Uashpaev

Ridder Municipal Hospital, Ridder

The reported observation once again confirms that the initial omentitis relates to a rare disease. The clinical aspect of this disease depends on many factors among which the time elapsed from the onset of the disease plays the important role. The early stage of the initial omentitis is characterized by the hemorrhagic fluid occurred in the abdominal cavity. It is rarely possible to make a correct diagnosis prior to the surgical operation.

Key words: greater omentum, omentitis, omentum resection.

УДК 616.37-007.43-089

К.К. Уашпаев

КГП на ПХВ «Риддерская городская больница», г. Риддер

УЩЕМЛЕННАЯ ЛОЖНАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА**Аннотация**

Клиническая картина ущемленной диафрагмальной грыжи разнообразна и зависит от размера грыжевых ворот и ущемленного органа. Следует подчеркнуть, что своевременной диагностике и оперативному вмешательству способствует, прежде всего, тщательно собранный анализ о перенесенной в прошлом травме грудной клетки.

Ключевые слова: диафрагмальная грыжа, ущемление, хирургическое лечение.

Травматические диафрагмальные грыжи развиваются у всех больных с недиагностированным проникающим торакоабдоминальным ранением, в последующем эти больные поступают с ущемлением. За 10 лет (2001-2011гг.) в хирургическом отделении Риддерской городской больницы по поводу ущемленной диафрагмальной грыжи оперировано 3 больных. У всех больных в прошлом были открытые ранения груди слева. Клиническая картина ущемленной диафрагмальной грыжи достаточно разнообразна и зависит от размера грыжевых ворот и ущемленного органа. Однако часты случаи поздней диагностики, с чем связана высокая летальность среди этих больных. Поэтому мы решили поделиться опытом своевременной диагностики этого крайне грозного заболевания. Приводим это наблюдение.

Больной Ш., 36 лет, доставлен в приемный покой городской больницы 22.04.2011г. с диагнозом кишечная непроходимость через 3 часа от момента заболевания. Предъявляет жалобы на боли в левом подреберье, тошноту, рвоту. Из анамнеза удалось выяснить, что он в 2010 году лечился по поводу проникающего ранения груди слева. Состояние при поступлении средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Послеоперационный рубец длиной до 4см на уровне 8 межреберья по средне-подмышечной линии слева. Одышки нет. ЧДД до 18 в 1 минуту. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах слева, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс до 96 в 1 минуту. АД-120/70мм.рт.ст. Язык влажный, обложен коричневым налетом. Живот равномерно вздут, пальпаторно болезненный в левом подреберье, без перитонеальных симптомов. Аускультативно перистальтика кишечника усилена. На обзорной R/грамме брюшной полости горизонтальные уровни жидкости. На рентгенограмме органов грудной клетки левое легкое смещено несколько вверх, затемнение в нижнем отделе грудной клетки слева, левый купол диафрагмы не виден.

ОАК /НВ - 156г/л Л - 16,2*10⁹. СОЭ - 10мм/ час, П - 16%, С - 68%, Э - 2%, М - 6%, Л - 8%. Госпитализирован с диагнозом: Ущемленная диафрагмальная грыжа.

Под ЭКН произведена верхне-срединная лапаротомия. В брюшной полости ослизненный серозный выпот. Ущемлена петля тонкой кишки на уровне ее середины. Проксимальнее ущемленная петля тонкой кишки раздута. После рассечения ущемляющего кольца диафрагмы, петля тонкого кишечника низведена в брюшную полость, жизнеспособна. Дефект на диафрагме без грыжевого мешка. Серозный выпот в плевральной полости осушен. Дренаж по Бюлау слева. Ушивание дефекта левого купола диафрагмы в диаметре до 3см П-образными швами. Произведена декомпрессия тонкого кишечника через назогастральный зонд. После санации брюшная полость дренирована. Послеоперационный период без осложнений. Дренаж удален. Швы сняты на 10 сутки, заживление первичным натяжением.

Контрольная рентгенограмма легких без патологии. Выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. Осмотрен через год, жалоб не предъявляет.

Выводы:

1. Приведенное наблюдение свидетельствует о том, что ущемление посттравматической диафрагмальной грыжи может возникнуть в любые сроки после открытого торакоабдоминального ранения.

2. Для диагностики следует широко использовать обзорные рентгенограммы грудной и брюшной полостей, при необходимости с пневмоперитонеумом, для своевременного оперативного вмешательства.

Литература:

1. Гумеров А.А., Ишимов Ш.С. Врожденные диафрагмальные грыжи у детей. Ленинград «Медицина». - 1985. №7. - С. 94-95.

2. Зиберов З.Г., Кубариков А.П. Ущемленная послеоперационная диафрагмальная грыжа // Вестник хирургии. - С-Пб. «Гиппократ». - 1999. №9. - С.191-192.

Тўжырым**ҚЫСЫЛҒАН КӨКЕТ ЖАРЫҒЫ. ТӘЖІРИБЕДЕГІ ЖАҒДАЙ**

К.К. Уашпаев

ШҚО ӘДБ «Риддер қалалық ауруханасы» ШЖҚ ҚЖМК

Қысылған көкет жарығының клиникалық көрінісі сан алуан және де ол жарыққа қысылған мүшемен жарық қақпасының өлшемдеріне байланысты. Қысылған көкет жарығының уақытылы диагностикасы және оған жасалуы мұқият жиналған анамнез нәтижесінде анықталған, бұрынғы болған кеуде жарақатының анықталуы көмектесті.

Негізгі сөздер: Көк ет жарығы, қысылған көк ет жарығы, оған жасау.

Summary**STRANGULATED FALSE DIAPHRAGMATIC HERNIA. CASE REPORT**

К.К. Uashpaev

Ridder Municipal Hospital, Ridder

Hernia is greatly varied and depends on the size of the hernial orifices and herniated organ. It should be stressed that the careful analysis of the previous chest injuries will be first of all helpful to the early diagnosis and surgical interference.

Key words: diaphragmatic hernia, strangulation, surgical treatment.

Государственный медицинский университет г. Семей

071400, г. Семей, ул. Абая, 103.

Подписано в печать 30.08.2013 г.

Формат А4. Объем 13,0 усл.п.л. Тираж 300 экз.